



Hospital Estadual da Criança e do Adolescente

Proposta de Trabalho para gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD), que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 05/2022.

agir

**AGIR - ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO
E RESULTADOS EM SAÚDE**

Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120
0001

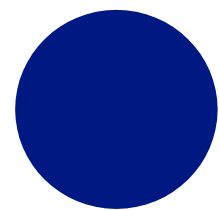


Hospital Estadual da Criança e do Adolescente

agir associação
de gestão,
inovação e
resultados
em saúde

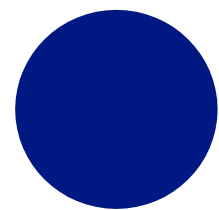
SUMÁRIO

OBJETO DA PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL: TÉCNICA E FINANCEIRA	25
APRESENTAÇÃO DA AGIR.....	26
EXPERIÊNCIA DA AGIR EM SAÚDE.....	28
DIFERENCIAIS NA GESTÃO ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL DA AGIR.....	33
ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM ATENÇÃO AO CUIDADO PEDIÁTRICO.	84
F.1. ÁREA DE ATIVIDADE - ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE HOSPITALAR	102
1.1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE	102
1.1.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	106
1.1.1.1. Fluxos Operacionais: compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas	107
1.1.1.2. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários Administrativos	122
1.1.1.3. Fluxos Unidirecional para Materiais Esterilizados.....	138
1.1.1.4. Fluxos Unidirecional para Roupas	142
1.1.1.5. Fluxos Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde	147
1.1.2. IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO	158
1.1.2.1. Implantação de Logística de Suprimentos	158
1.1.2.2. Proposta de Regimento Interno da Unidade	161
1.1.2.3. Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem	214
1.1.2.4. Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao Controle Gerencial da Unidade e Melhoria do Atendimento ao Usuário.....	223
1.1.2.5. Proposta para Regimento do Corpo Clínico	229
1.1.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	236
1.1.3.1. Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais.....	236
1.1.3.2. Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Almoxarifado e Patrimônio	368
1.1.3.3. Proposta de Manual de Rotinas para a Administração Financeira e Gestão de Custos	379
1.2. INCREMENTO DAS ATIVIDADES	394
1.2.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS.....	394



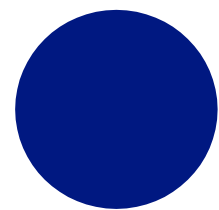
F.2. ÁREA DE QUALIDADE - ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL

À CAPACIDADE HOSPITALAR	437
2.1. QUALIDADE OBJETIVA – AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES.....	437
2.1.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.....	437
2.1.1.1. Proposta de Constituição da Comissão de Ética Médica	437
2.1.1.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Médica	437
2.1.1.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética Médica .	445
2.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	447
2.1.2.1. Proposta de Constituição da Comissão de Ética de Enfermagem.....	447
2.1.2.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem	448
2.1.2.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética de Enfermagem	452
2.1.3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	454
2.1.3.1. Proposta de Constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ..	454
2.1.3.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	455
2.1.3.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	465
2.1.4. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA.....	465
2.1.4.1. Proposta de Constituição Interna da Comissão de Prevenção de Acidentes .	465
2.1.4.2. Proposta do Regimento Interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	465
2.1.4.3. Proposta do Cronograma de Atividade Anual da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes	475
2.1.5. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA.....	475
2.1.5.1. Proposta de Constituição da Comissão de Documentação Médica e Estatística	475
2.1.5.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Documentação Médica e Estatística.....	476
2.1.5.3. Proposta do Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Documentação Médica e Estatística	481



2.1.6. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	482
2.1.6.1. Proposta de Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica	482
2.1.6.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	483
2.1.6.3 Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Farmácia e Terapêutica.....	487
2.1.7. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	487
2.1.7.1. Proposta de Constituição da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde ...	487
2.1.7.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	488
2.1.7.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	492
2.1.8. COMITÊ TRANSFUSIONAL.....	493
2.1.8.1. Proposta de Constituição do Comitê Transfusional	493
2.1.8.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê Transfusional.....	494
2.1.8.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê Transfusional	498
2.1.9. COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR	499
2.1.9.1. Proposta de Constituição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	499
2.1.9.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	499
2.1.9.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar	503
2.1.10. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)	504
2.1.10.1. Proposta de Constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	504
2.1.10.2. Proposta de Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	508
2.1.10.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	519
2.1.11. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR	520

2.1.11.1. Proposta de Constituição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	520
2.1.11.2. Proposta de Regimento Interno do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	521
2.1.11.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	527
2.1.12. COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE	527
2.1.12.1. Proposta de Constituição da Comissão Interna de Qualidade	527
2.1.12.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão Interna de Qualidade	528
2.1.12.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão Interna de Qualidade	531
2.1.13. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	531
2.1.13.1. Proposta de Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	531
2.1.13.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão Análise e Revisão de Prontuários	532
2.1.13.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	537
2.1.14. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS	537
2.1.14.1. Proposta de Constituição da Comissão de Verificação de Óbitos	537
2.1.14.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Análise de Óbitos	540
2.1.14.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Verificação de Óbitos	546
2.1.15. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA	547
2.1.15.1 Proposta de Constituição da Comissão de Residência Médica	547
2.1.15.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Residência Médica	549
2.1.15.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Residência Médica	560
2.1.16. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO	560
2.1.16.1. Proposta de Constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho	560



2.1.16.2. Proposta de Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho	561
2.1.16.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho.....	567
2.1.17. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	569
2.1.17.1. Proposta de Constituição da Comissão de Residência Multiprofissional	569
2.1.17.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional	571
2.1.17.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Residência Multiprofissional.....	594
2.1.18. COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	595
2.1.18.1. Proposta de Constituição do Comitê de Ética e Pesquisa	595
2.1.18.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de Ética e Pesquisa	597
2.1.18.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Ética e Pesquisa	610
2.1.19. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL	610
2.1.19.1. Proposta de Constituição da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	610
2.1.19.2. Proposta de Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	611
2.1.19.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional	615
2.1.20. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	616
2.1.20.1. Proposta de Constituição do Comissão de Proteção Radiológica.....	616
2.1.20.2. Proposta de Regimento Interno do Comissão de Proteção Radiológica	617
2.1.20.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comissão de Proteção Radiológica.....	622
2.1.21. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA	623
2.1.21.1. Proposta de Constituição do Comissão de Biossegurança.....	623
2.1.21.2. Proposta de Regimento Interno do Comissão de Biossegurança	624
2.1.21.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comissão de Biossegurança	629

2.1.22. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	630
2.1.22.1. Proposta de Constituição da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	630
2.1.22.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	631
2.1.22.3. Proposta de Cronograma da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde	635
2.1.23. COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE	635
2.1.23.1. Proposta de Constituição da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele.....	635
2.1.23.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele.....	636
2.1.23.3. Proposta de Cronograma Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele	639
2.1.24. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	640
2.1.24.1. Proposta de Constituição do Núcleo Interno de Regulação	640
2.1.24.2. Proposta de Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação	641
2.1.24.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Núcleo Interno de Regulação	648
2.1.25. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	648
2.1.25.1. Proposta de Constituição da Comissão de Acidentes com Material Biológico	648
2.1.25.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico	649
2.1.25.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Acidentes com Material Biológico.....	653
2.1.26. COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL	653
2.1.26.1. Proposta de Constituição do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.....	653
2.1.26.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.....	654

2.1.26.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.....	657
2.1.27. COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES.....	658
2.1.27.1. Proposta de Constituição da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.....	658
2.1.27.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.....	659
2.1.27.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.....	666
2.1.28. COMITÊ DE <i>COMPLIANCE</i>	667
2.1.28.1. Proposta de Constituição do Comitê de <i>Compliance</i>	667
2.1.28.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de <i>Compliance</i>	668
2.1.1.28. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de <i>Compliance</i>	671
2.1.29. OUTRAS COMISSÕES.....	672
2.1.29.1. COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO.....	672
2.1.29.2. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	681
2.1.29.3. COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	688
2.2. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA.....	695
2.2.1 ACOLHIMENTO.....	695
2.2.1.1. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Emergência, conforme Classificação de Risco.....	695
2.2.1.2. Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Usuários.....	712
2.2.2. ATENDIMENTO.....	717
2.2.2.1. Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, conforme previsão da legislação vigente.....	717
2.2.2.2. Proposta de Implantação de Ouvidoria vinculada à SES/GO, com pesquisa de satisfação.....	747
F.3. QUALIDADE TÉCNICA - ADEQUAÇÃO ENTRE OS MEIOS SUGERIDOS, SEUS CUSTOS, CRONOGRAMAS E RESULTADOS PRESUMIDOS.....	757

3.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA ORGANIZAÇÃO OU DOS GESTORES DO CORPO DIRETIVO.....	757
3.1.1. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS.....	757
3.1.2. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS.....	850
3.1.3. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS.....	894
3.1.4. CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR.....	897
3.1.5. CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OU OUTRAS ENTIDADES E INSTITUIÇÕES ACREDITADORAS RECONHECIDAS OBTIDOS NA GESTÃO DA OSS.....	903
3.2. ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIREÇÃO	906
3.2.1. APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO	906
3.2.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO/GESTÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES	916
3.2.3. EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE LICITADA	945
3.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR	1050
3.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO	1050
3.3.2. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA.....	1056
3.3.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA.....	1154

3.3.4. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS.....	1397
3.3.5. APRESENTAÇÃO DO QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA (POR ESPECIALIDADE) OBSERVADOS, EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA.....	1510
3.3.6. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL (POR ESPECIALIDADE) COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO	1514
3.3.7. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO E BLOCO CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA.....	1518
3.4. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	1814
3.4.1. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.....	1814
3.4.2. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.....	1818
3.4.3 NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA	1834
3.4.4. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE.....	1838
3.4.5 APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR.....	1857
3.4.6. APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL	1897
3.5 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....	1916
3.5.1 APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES	1916

3.5.2 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTÉISMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO	1951
3.5.3 REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO	1975
3.6. METODOLOGIA DE PROJETOS.....	1980
3.6.1. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS....	1980
3.6.2. PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO	1984
PLANILHA ORÇAMENTÁRIA: PROPOSTA FINANCEIRA	1990
DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA	1992

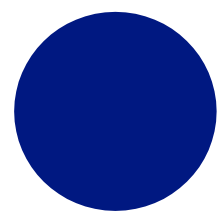


Figura 1- Identidade Organizacional da Agir, 2022.	27
Figura 2 - Experiência em Gestão da Agir.	32
Figura 3 - Matriz SWOT.	36
Figura 4 - Ferramenta SMART.....	37
Figura 5 - Ferramenta 5W2H.....	38
Figura 6 - Sistema para alavancagem da estratégia: SA Strategic Adviser.	39
Figura 7 - Definição do DRG.	40
Figura 8 - Fluxograma do MDC.....	41
Figura 9 - Níveis de gravidade clínica.	42
Figura 10 - Foto do ambiente do e-Agir, localizado na sede da Agir.....	56
Figura 11 - Temas da Campanha do Respeito.....	61
Figura 12 - Tela principal do SIGEPI.....	63
Figura 13 - Validação relatórios de prestação de contas.	68
Figura 14 - Monitoramento dos Indicadores do Contrato de Gestão pelo sistema e-SINA Agir.	69
Figura 15 - Tela inicial do Portal e-Compras Agir.....	73
Figura 16 - Estrutura Organizacional do Serviço de Projetos e Inovação.	77
Figura 17 - Fluxo de Gestão de Projetos da Agir.	77
Figura 18 - População de crianças e adolescentes por Região do Brasil, 2018.	86
Figura 19 - Taxa de mortalidade infantil (para cada mil nascidos vivos) por Região do Brasil (menores de um ano de idade), 2017.	89
Figura 20 - Série histórica da mortalidade infantil no Estado de Goiás, 2000-2020	90
Figura 21 - Taxa de mortalidade (para cada mil nascidos vivos) na infância (menores de cinco anos de idade) por Região do Brasil, 2017.	92
Figura 22 - Principais causas não intencionais de mortalidade em menores de 14 anos no Brasil no ano de 2015.....	92

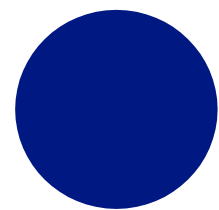


Figura 23 - Série histórica da mortalidade na infância no Estado de Goiás, 2000-2020.	93
Figura 24 - Morbidade por acidentes em crianças de 0 a 14 anos no Brasil, 2015.	95
Figura 25 - Proporção de notificações de estupro de crianças e adolescentes menores de 19 anos de idade do sexo feminino segundo Regiões do Brasil, 2016-2020.	98
Figura 26 – Fluxo de Acesso dos Profissionais do Centro Cirúrgico.....	111
Figura 27 - Fluxo de Acesso de Pacientes para o Centro Cirúrgico.....	111
Figura 28 - Fluxo de Acesso de profissionais na Unidade de Terapia Intensiva: UTI 1, 2 e Pediátrica.....	112
Figura 29 - Fluxo de Acesso de pacientes externos referenciados na UTI Pediátrica	113
Figura 30 - Fluxo de Acesso de pacientes provenientes do Centro Cirúrgico para a UTI Pediátrica.	114
Figura 31 - Fluxo de Acesso de visitantes a UTI Pediátrica.	115
Figura 32 - Fluxo de Acesso de profissionais a Central de Material e Esterilização – CME.	116
Figura 33 - Fluxo de Acesso ao ambulatório de especialidades médicas.	117
Figura 34 - Fluxo de Acesso aos exames de imagem e laboratorial.	117
Figura 35 - Fluxo de Acesso do paciente cirúrgico para internação.....	118
Figura 36 - Fluxo de Acesso de pacientes externos referenciados para a Unidade de Internação Pediátrica	118
Figura 37 - Proposta de fluxo de acesso para emergência/ Pronto Socorro – Encaminhamento de Urgência.	119
Figura 38 - Proposta de fluxo de acesso para emergência/ Pronto Socorro – Demanda espontânea.....	120
Figura 39 - Fluxo de acesso para o Serviço Funerário.....	121
Figura 40 - Fluxo de acesso do paciente ao CERFIS.	121

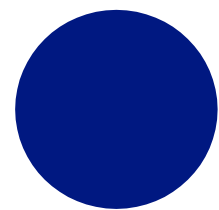


Figura 41 - Fluxo de acesso de profissionais administrativos.	122
Figura 42 - Fluxo de acesso de fornecedores.	122
Figura 43 - Tela para registro do cadastro do paciente na Recepção.....	124
Figura 44 - Tela para registro do paciente ambulatorial.	124
Figura 45 - Tela para emissão da AIH.....	124
Figura 46 - Tela para reserva de leito.	125
Figura 47 - Tela para transferência de leito.....	125
Figura 48 - Tela do painel de gerenciamento de leitos.....	126
Figura 49 - Tela de cadastro do paciente em pré internação.	126
Figura 50 - Tela do prontuário do paciente internado.....	127
Figura 51 - Tela de resumo clínico do paciente internado.....	127
Figura 52 - Tela de admissão da enfermagem.....	128
Figura 53 - Tela de abertura de protocolos assistenciais.	128
Figura 54 - Tela para Sistematização da Assistência de enfermagem.....	128
Figura 55 - Tela para registro de Aferições de Sinais Vitais.....	129
Figura 56 - Tela para registro de Triagem Nutricional por faixa etária.	129
Figura 57 - Tela para registro de evolução multiprofissional.	129
Figura 58 - Tela para registro da prescrição de enfermagem.	130
Figura 59 - Tela para registro de checagem de medicamentos.	130
Figura 60 - Tela de registro de alta médica.....	131
Figura 61 - Tela de registro de alta hospitalar.....	131
Figura 62 - Fluxo de Elaboração Documental.	133
Figura 63 - Tela do Interact: módulo de documentos.	136
Figura 64 - Tela do Interact: repositório de documentos.	137
Figura 65 - Tela do Interact: criação de documentos.	137
Figura 66 - Tela do e-Doc: abertura de processos.....	138

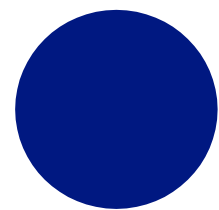


Figura 67 - Tela do e-Doc: busca de documentos/ processos.	138
Figura 68 - Fluxo de processamento de PPS.....	141
Figura 69 - Fluxo Unidirecional de Roupas.	146
Figura 70 – Fluxo Unidirecional de Resíduos.....	156
Figura 71 – Os cinco momentos para higienização das mãos.	239
Figura 72 - Como higienizar as mãos com água e sabonete.	242
Figura 73 - Como fazer a fricção anti-séptica das mãos com preparação alcoólicas.....	243
Figura 74 - Fluxo Síndrome Gripal Respiratória Aguda Grave	317
Figura 75 - Locais de observação do paciente com síndrome gripal.	320
Figura 76 - Fluxo de solicitação de exames de pacientes suspeitos de síndrome gripal.	320
Figura 77 – Escala de FLACC.....	341
Figura 78 – Escala de sedação COMFORT	342
Figura 79 – Escala Neonatal Infant Pain Scale – NIPS.....	343
Figura 80 – Escala Visual Analógica - EVA.....	343
Figura 81 – Fluxo do Processo de Pagamento.	386
Figura 82 - SIPOC Gestão Financeira Agir.	394
Figura 83 - Estruturação do Sistema de Custos.....	394
Figura 84 – Operacionalização do projeto de implantação do TAVP no HECAD.	407
Figura 85 – Venoscópio	408
Figura 86 - Fluxo de acesso ao SAD.....	421
Figura 87 – Proposta de nomenclatura dos leitos do HECAD.....	426
Figura 88 - Fluxo de Análise e Verificação de Óbitos.....	539
Figura 89 - Tipos de Notificação Compulsória.....	699
Figura 90 – Modelo de Notificação Compulsória no prontuário digital.	700

Figura 91 - Diretrizes da Política Nacional de Humanização.....	701
Figura 92 - Protocolo de Manchester.	711
Figura 93 - Fluxo para Classificação de Risco.	712
Figura 94 – Modelo de Registro de Informações do Usuário.	753
Figura 95 - Registro de líderes da Agir em participação em Aperfeiçoamentos.	1921
Figura 96 – Registro de evento realizado para formação de líderes.	1925
Figura 97 – Registro de evento realizado para formação de líderes.	1926
Figura 98 - Campanha do Respeito.	1927
Figura 99 – Logo da campanha do Respeito.....	1927
Figura 100 – Temas abordados na Campanha do Respeito da Agir.....	1928
Figura 101 – Campanha do Respeito da Agir – Mês 1.....	1928
Figura 102 - Logo do programa Estamos Juntos.	1930
Figura 103 – Divulgação do Programa Dialoga +.....	1934
Figura 104 – Divulgação do Programa Dialoga +.....	1935
Figura 105 – Divulgação da Pesquisa de Clima da Agir.	1936
Figura 106 – Divulgação da Pesquisa de Clima da Agir.	1936
Figura 107 – Divulgação da Pesquisa de Clima da Agir – Temas pesquisados.	1938
Figura 108 - Modelo do Questionário da Pesquisa de Clima Organizacional na Agir.....	1939
Figura 109 – Etapas de estruturação da Gestão por Competências.....	1959
Figura 110 – Escala de Avaliação de Competência dos colaboradores da Agir.	1969
Figura 111 – Modelo de formulário eletrônico de avaliação de período de experiência da Agir.....	1971
Figura 112 – Painel de acompanhamento e monitoramento dos índices de absenteísmo.....	1972

Figura 113 – Representação da Ginástica Laboral.	1973
Figura 114 – Divulgação da programação do e-SIPAT da Agir, 2020.	1974
Figura 115 - Código de Conduta Ética	1974
Figura 116 – Tela da escala de trabalho no sistema eletrônico.	1978
Figura 117 - Modelo de implantação de projetos.	1985
Tabela 1 - Grupos de MDCs.....	41
Tabela 2 - Perspectivas do case mix, DRG.....	43
Tabela 3 - Capacidade estrutural por perfil de atendimento ofertado.....	103
Tabela 4 - Matriz de fluxo operacional	108
Tabela 5 - Matriz de Classificação dos Resíduos de acordo com os Serviços do HECAD.....	149
Tabela 6 - Classificação de Risco para quedas, de acordo com a pontuação na Escala de Morse.....	267
Tabela 7 - Escala de Morse.....	274
Tabela 8 – Frequência Cardíaca normal, por minuto (bpm), de acordo com a idade.	315
Tabela 9 – Frequência Cardíaca mínima, por minuto (bpm), de acordo com a idade	315
Tabela 10 – Pressão Arterial Sistólica mínima em crianças (mmHg), de acordo com a idade.....	316
Tabela 11 – Principais sedativos em Pediatria.....	344
Tabela 12 – Principais analgésicos em Pediatria.....	345
Tabela 13 – Principais drogas dissociativas em Pediatria.....	347
Tabela 14 – Principais drogas dissociativas em Pediatria.....	348

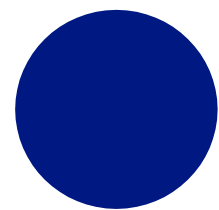


Tabela 15 – Principais drogas Antagonistas (fármacos de reversão) em Pediatria.....	348
Tabela 16 – Principais Bloqueadores Neuromusculares em Pediatria.....	349
Tabela 17 - Requisitos e proposta de adequação para tornar o HECAD em HE, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 285/2015.....	399
Tabela 18 - Cronograma de 12 meses para tornar o HECAD em HE, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 285/2015.	404
Tabela 19 – Sugestão de Calendário Anual de Oficinas Dirigidas.	428
Tabela 20 - Cronograma de Atividade Anual da CEM.....	446
Tabela 21 - Cronograma de Atividade Anual da CEE.	453
Tabela 22 - Cronograma de Atividade Anual da CCIH.....	465
Tabela 23 - Cronograma de Atividade Anual da CIPA.	475
Tabela 24 - Cronograma de Atividade Anual da CDME.....	482
Tabela 25 – Cronograma de Atividade Anual da CFAT.	487
Tabela 26 - Cronograma de Atividade Anual da CRSS.....	493
Tabela 27 - Cronograma de Atividade Anual do Comitê Transfusional.....	498
Tabela 28 - Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar.....	504
Tabela 29 - Cronograma de Atividade Anual do NQSP.	519
Tabela 30 - Cronograma de Atividade Anual do NVEH.....	527
Tabela 31 – Cronograma de Atividade Anual da CIQ.	531
Tabela 32 - Cronograma de Atividade Anual da CORP.	537
Tabela 33 – Cronograma de Atividade Anual da CVO.	547
Tabela 34 - Cronograma de Atividade Anual da COREME.....	560
Tabela 35 - Cronograma de Atividade Anual do SESMT.	568
Tabela 36 - Cronograma de Atividade Anual da COREMU.....	594
Tabela 37 - Cronograma de Atividade Anual do CEP.	610

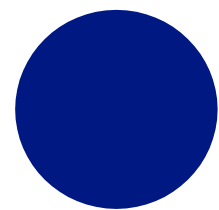
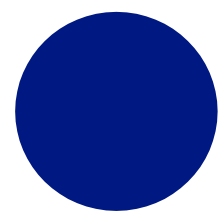


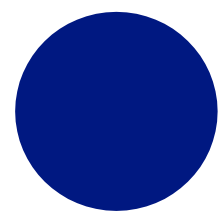
Tabela 38 - Cronograma de Atividade Anual da EMTN.	616
Tabela 39 - Cronograma de Atividade Anual da CPR.	622
Tabela 40 - Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Biossegurança.	630
Tabela 41 - Cronograma de Atividade Anual da COPPS.	635
Tabela 42 – Cronograma de Atividade Anual da CPCIP.	640
Tabela 43 - Cronograma de Atividade Anual do NIR.	648
Tabela 44 - Cronograma de Atividade Anual da CAMB.	653
Tabela 45 - Cronograma de Atividade Anual do CIOMI.	658
Tabela 46 – Cronograma de Atividade Anual da CIHDOTT.	667
Tabela 47 – Cronograma de Atividade Anual do Comitê de <i>Compliance</i>	672
Tabela 48 – Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Humanização.	681
Tabela 49 - Cronograma Anual da CPM.	687
Tabela 50 - Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Cuidados Paliativos.	694
Tabela 51 - Matriz de acesso à informação.	707
Tabela 52 - Horários de visita a pacientes internados no HECAD, por unidade de internação.	714
Tabela 53 – Modelo de Relatório de Ouvidoria.	750
Tabela 54 - Modelo de Relatório de Resolução de Queixas	750
Tabela 55 - Quadro médico proposto Ambulatório de Especialidades do HECAD.	1052
Tabela 56 - Quadro médico proposto Unidade de Internação Clínica Pediátrica do HECAD.	1054
Tabela 57 - Quadro médico proposto Unidade de Internação Clínica Leitos Dia do HECAD.	1054

Tabela 58 - Quadro médico proposto Unidade de Internação Clínica Crônicos do HECAD.....	1054
Tabela 59 - Quadro médico proposto Unidade Internação Clínica Cirúrgica do HECAD.....	1054
Tabela 60 - Quadro médico proposto Unidade de Terapia Intensiva no HECAD.	1055
Tabela 61 - Quadro médico proposto Unidade Centro Cirúrgico do HECAD.	1056
Tabela 62 - Matriz - Grade Consultas Médicas Ambulatoriais - HECAD.....	1510
Tabela 63 - Quadro de metas proposto para o ambulatório de especialidades médicas – HECAD.	1511
Tabela 64 - Quadro de metas proposto por Clínica de Internação HECAD.	1513
Tabela 65 - Quadro de metas proposto Leitos Internação em Terapia Intensiva HECAD.....	1513
Tabela 66 - Quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional..	1514
Tabela 67 - Dimensionamento estimado para o Serviço Social do HECAD.	1818
Tabela 68 – Estrutura da Diretoria Administrativa Financeira.	1835
Tabela 69 - Dimensionamento de pessoal Inserir planilha da equipe DAF..	1836
Tabela 70 - Lista de medicamentos padronizados para o HECAD.	1860
Tabela 71 - Lista de materiais padronizados para o HECAD.	1876
Tabela 72 – “Personas Agir” Agenor e Gigi.....	1916
Tabela 73 – Escala de avaliação de Competência dos colaboradores da Agir.	1968
Tabela 74 - Etapas ou fases de execução do plano de trabalho.....	1981

Quadro 1 - Matriz de Caracterização dos Resíduos.....	150
Quadro 2 - Matriz de Segregação de Resíduos	152
Quadro 3 - Matriz de horários de coleta de resíduos e rejeitos.....	157
Quadro 4 – Espectro antimicrobiano e características de agentes anti-sépticos utilizados para higienização das mãos.....	240
Quadro 5 - Medicamentos, conforme sua Classificação de Risco.	270
Quadro 6 - Implementação de medidas de prevenção de queda no HECAD.	271
Quadro 7 - Medicamentos padronizados como MPP, no HECAD.....	283
Quadro 8 - Medicamentos, possíveis reações, antídotos e recomendações de manejo.	283
Quadro 9 – Tratamento de Síndrome Gripal por Influenza	318
Quadro 10 – Quimioprofilaxia: posologia e administração.	319
Quadro 11 – Precauções e Duração das precauções baseadas no modo de transmissão, de acordo com vírus identificado no painel viral.....	321
Quadro 12 – Mãe gestante de fissurados.	323
Quadro 13 - Consulta de caso novo.....	323
Quadro 14 - Retornos padronizados.	324
Quadro 15 - Classificação do tipo de transporte, de acordo com as condições clínicas do paciente.....	334
Quadro 16 - Composição mínima de profissionais no transporte hospitalar, de acordo com a classificação do risco do transporte.....	335
Quadro 17 - Especificação do uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI no profissional e no paciente, considerando o tipo de precaução, conforme protocolo da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS.	336
Quadro 18 - Classificação de risco para realização de Endoscopia.....	366
Quadro 19 - Classificação de risco para realização de Colonoscopia.....	367



Quadro 20 - Classificação de risco para realização de Gastrostomia.	367
Quadro 21 – Calibre do PICC, de acordo com a idade da criança.	412
Quadro 22 - Quadro médico proposto Pronto Socorro do HECAD.	1052





**PROPOSTA DE
MODELO GERENCIAL**

OBJETO DA PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL: TÉCNICA E FINANCEIRA

A presente proposta tem por objetivo submeter à **Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO** o modelo de Gestão em Saúde praticado pela **Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir**, enquanto Organização da Sociedade Civil - OSC e proponente, para fins de celebração de Contrato de Gestão cujo objeto consiste em “**CHAMAMENTO PÚBLICO**”, visando a seleção de Instituição qualificada como Organização Social de Saúde – OSS, para o **gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD**, localizado na Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO, CEP: 74863-025, por período de 48 meses, conforme definido no **Instrumento de Chamamento Público nº 05/2022-SES/GO**.

No contexto do plano de trabalho exigido no Instrumento supracitado, objetiva-se com esta proposta garantir a prestação de serviços de saúde pautados na **Integridade, Transparência e Qualidade**, em consonância com os princípios constitucionais e administrativos impostos pela Gestão Pública, bem como com os princípios doutrinários e organizacionais do Sistema Único de Saúde - SUS.

APRESENTAÇÃO DA AGIR

Com 20 anos de existência, a Agir, instituição de personalidade jurídica de direito privado, com fins não econômicos, é uma Organização da Sociedade Civil, conforme definição da Lei 13.019/2014, que estabelece o regime jurídico de parcerias entre a Administração Pública e as entidades do terceiro setor. Também é qualificada como Organização Social de Saúde – OSS, nos termos da Lei Federal nº 9.637/1998, pelo Decreto Estadual nº 5.591/2002 e pelo Decreto Municipal nº 288/2017.

A organização administrativa da Agir é formada por Associados, Conselheiros de Administração e Fiscais, e Diretoria Estatutária, a qual atesta e valida a eficiência e profissionalismo refletido nos resultados atingidos.

Reconhecida como entidade de Utilidade Pública e de Interesse Social por força do artigo 13 da Lei Complementar nº 846/1998 - Estado de São Paulo, a Agir, desde junho de 2012, a Agir é certificada como **Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS pelo Ministério da Saúde - MS**, por meio da Portaria SAS/MS nº 1.073/2018.

A OSS foi constituída pautada por princípios éticos e legais, com processos embasados na premissa do fazer bem-feito, em tempo adequado, ao menor custo possível, mediante definição da assistência apropriada e individualizada aos pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS, com segurança, qualidade e empatia.

Como entidade filantrópica, a Agir participa, desde junho de 2016, do seleto grupo de **21 instituições integrantes do Instituto Brasileiro das Organizações Sociais em Saúde - IBROSS**, que tem como intuito de informar e mobilizar a sociedade em favor da melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados por essas entidades aos usuários da rede pública, difundir as boas práticas de gestão, colaborar para o aperfeiçoamento das normas estabelecidas para a parceria entre as organizações e governos, promover estudos, pesquisas e zelar pelos valores universais do SUS.

A cultura organizacional da Agir prioriza a gestão ética e transparente, voltada eficiência, eficácia e efetividade, tendo se firmado como referência pela

lisura, responsabilidade e transparência com que conduz todos os seus processos administrativos.

Na vanguarda de um modelo de governança corporativa voltada à excelência, a Agir detém instrumentos próprios associados a *expertises* que conferem eficiência, eficácia e efetividade em seus processos de gestão.

No decorrer desta proposta, serão apresentadas informações que demonstram a experiência da Agir na gestão de serviços de saúde e suas qualificações para a promoção da qualidade nos serviços públicos hospitalares.

A figura abaixo apresenta a identidade organizacional da Agir.

Figura 1- Identidade Organizacional da Agir, 2022.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022

EXPERIÊNCIA DA AGIR EM SAÚDE

GESTÃO EM SAÚDE, ENSINO E PESQUISA

2002

CRER - O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER foi a primeira unidade hospitalar gerenciada pela Agir.

O CRER é uma Unidade hospitalar de média e alta complexidade, implantada em 2002, de referência Estadual, voltada ao atendimento especializado à pessoa com deficiência física, auditiva, visual e intelectual, exclusivamente pelo SUS. Inicialmente com estrutura física com 8.823 m² e expansão para 32.855,56 m² de área, abrangendo 176 leitos de internação.

O CRER, sob a gestão da Agir, foi o primeiro hospital de reabilitação do país e o primeiro hospital público da região Centro-Oeste a conquistar o Certificado de Acreditado com Excelência – Nível 3 da Organização Nacional de Acreditação - ONA. A Unidade tem seu Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ certificado pela Norma Brasileira - NBR ISO 9001:2015, e é reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro Especializado em Reabilitação - CER IV, por sua atuação nas reabilitações das 4 (quatro) deficiências: física, auditiva, visual intelectual.

2013

HDS - A Agir assumiu a gestão do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária Colônia Santa Marta - HDS e transformou o antigo leprosário em uma Unidade ambulatorial voltada ao cuidado do idoso. Esse fato representou uma quebra de paradigmas na unidade de saúde, uma vez que ampliou e qualificou os serviços de atenção à saúde prestados aos seus usuários.

O HDS é uma Unidade de atendimento ambulatorial especializada, com objetivo de prestar assistência aos usuários do SUS, ofertando atendimentos nas seguintes especialidades médicas, a saber: médicas de cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, geriatria, oftalmologia, ortopedia, psiquiatria e vascular.

A Unidade conta com o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD que é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes, e tem como finalidade oferecer aos pacientes que necessitam de reabilitação e cuidados, após alta hospitalar, a continuidade da assistência médica multiprofissional no domicílio, proporcionando melhor qualidade de vida.

O HDS oferece, ainda, o Serviço de Internação UCP - Unidade de Cuidados Prolongados, que conta com 14 leitos de internação voltados para pacientes estáveis, com patologias crônicas e/ou em cuidados paliativos que necessitam de atendimento hospitalar ou para pacientes que precisam de cuidados de transição segura, proporcionando o retorno à suas respectivas residências.

2015

HUGOL - Diante de mais um desafio, a Agir comprovou sua vocação para a gestão em saúde ao assumir a administração do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, um dos maiores hospitais de urgências do país, que se destaca pela alta performance dos serviços ofertados e gestão integrada dos processos ao conquistar o Certificado de Acreditado em Excelência - Nível 3 da ONA.

O HUGOL é um hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária; é uma unidade de média e alta complexidade, que opera atualmente com 519 leitos, especializado em urgência/emergência, atendimentos cirúrgicos (cirurgia geral, pediátrica, bucomaxilo, torácica, plástica para o centro de queimados, neurológica, vascular, urologia, ortopedia/traumatologia e cirurgia cardíaca), atendimentos clínicos (clínica geral, pediatria, cardiologia, neurologia, nefrologia para o tratamento de hemodiálise de pacientes internados e hematologia para atendimento à Unidade de Coleta e Transusão - UCT), medicina intensiva: adulta e pediátrica e unidade de queimados, regulados pelos Sistemas Municipal e Estadual de Regulação, segundo pactuação intergestores.

O hospital conta com uma estrutura física de 71.165 m² de área construída, e foi dotado de equipamentos e tecnologias modernas. Desde a sua inauguração a Unidade é gerida pela Agir e trabalha para oferecer assistência

humanizada e de referência aos usuários do SUS. Em julho de 2021, o HUGOL completou 6 anos prestando serviços em saúde com qualidade e excelência, ultrapassando a marca de 15 milhões de atendimentos prestados e segue comprometido com a excelência no cuidado às pessoas.

2019

CED/Agir - Produzir, promover e compartilhar conhecimento também estão entre as prioridades da Agir. Dessa forma, expandindo suas fronteiras com ações de responsabilidade social e atividades de ensino e pesquisa, a Agir criou uma Unidade prestadora de serviços de formação profissional e gerencial no âmbito da saúde, denominada Centro de Ensino e Desenvolvimento - CED/Agir. A Unidade tem a finalidade de potencializar competências por meio do desenvolvimento de pessoas, conferindo-lhes aprimoramento em seu exercício profissional, através de capacitações (treinamentos profissionais e educação continuada), consultorias na área de gestão em saúde, além de estimular a investigação científica que contribui para uma assistência à saúde subsidiada por evidências.

2020

HCAMP/Goiânia - Frente à pandemia do novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, a Agir firmou o compromisso em assumir mais um desafio: a implantação do Hospital de Campanha para Enfrentamento ao Coronavírus – HCAMP/Goiânia. A unidade hospitalar foi instituída pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO, por meio da Portaria nº 507/2020, sendo destinada, exclusivamente, para atendimento a casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas que precisassem de internação.

Em quase 21 meses de funcionamento o HCAMP/Goiânia atendeu mais de 47 mil pacientes, sendo que 40.292 passaram pelo pronto-socorro, com 7.706 internações e 5.272 altas médicas hospitalares registradas. Com alto índice de satisfação dos usuários, o Hospital de Campanha encerrou suas atividades em dezembro de 2021 com o valor de 92%, obtido por meio do *Net Promoter Score* - NPS, uma metodologia de satisfação desenvolvida para avaliar o grau de fidelidade dos usuários de qualquer perfil de instituição, o que reflete a qualificação dos serviços entregues a sociedade.

O HCAMP/Goiânia foi implantado com a premissa de proporcionar uma assistência com qualidade e utilizar a medicina baseada em evidência para elevar a efetividade dos serviços prestados. Com a *expertise* da Agir no ensino e na pesquisa, foi ainda mais além, o hospital fez ciência ao participar, com destaque, do estudo realizado pela revista **The Lancet**, uma das mais prestigiadas publicações científicas do mundo. O trabalho foi realizado em parceria com instituições de diferentes países e no Brasil foi coordenado pelo Hospital Israelita Albert Einstein. O HCAMP/Goiânia foi classificado como a segunda unidade com maior participação de pacientes, contribuindo com a inclusão de dados para avaliação dos cientistas. Ao todo, 10% dos casos analisados no Brasil foram de pessoas internadas no hospital.

2020

TEIA - Em dezembro de 2020, a Agir inaugurou a Clínica TEIA, uma Unidade de cunho filantrópico, especializada no tratamento do Transtorno do Espectro Autista - TEA. O objetivo é prestar assistência multiprofissional à saúde voltada para o atendimento precoce de crianças com TEA, com idade de 1 a 6 anos, considerando o aspecto físico, mental, intelectual, sensorial e familiar, respeitando as demandas físicas e psicossociais de cada uma. Os serviços foram implementados em um espaço totalmente adequado para o perfil das crianças, proporcionando atendimento profissional humanizado e eficiente.

2021

HCN - Recentemente, seguindo com o desafio de enfrentamento à pandemia do SARS-CoV-2 e a necessidade do Estado em reforçar a oferta de atendimento, a Agir firmou novo contrato com o Governo do Estado de Goiás para a abertura do Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano - HCN. A Unidade foi instituída pela SES/GO por meio do Despacho nº 630/2021 e do Ofício 2.424/2021.

2021

Em dezembro/2021, a Agir assumiu a gestão do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, Unidade vocacionada ao atendimento de crianças e adolescentes, situado na capital goiana, com uma capacidade operacional de 146 leitos. Desse total, 116 são de Unidades de Internação

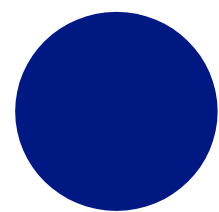
Clínica e Cirúrgica e 30 leitos são de Unidades de Terapia Intensiva - UTI, sendo 10 destinados para os casos da Covid-19.

O pronto-socorro funciona durante 24 horas em todos os dias da semana, ininterruptamente. A Unidade ainda oferta um parque de exames de imagem com a realização de tomografia, broncoscopia, endoscopia, eletrocardiograma, ecocardiograma, colonoscopia, raio-x, ultrassonografia e exames de análises laboratoriais, que proporcionam aos pacientes um atendimento mais eficiente, por meio de um diagnóstico rápido e preciso.

Figura 2 - Experiência em Gestão da Agir.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.



DIFERENCIAIS NA GESTÃO ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL DA AGIR

A Agir, ao longo da sua atuação e vivência em gestão, busca alavancar seus resultados e proporcionar ao paciente a garantia do cuidado integral e humanizado, por meio da transformação digital e da inovação.

O modelo gerencial da OSS foi desenvolvido respeitando-se os princípios de gestão pautados na organização, a saber:

INTEGRIDADE

A Agir desenvolveu e mantém em seu portfólio de habilidades o Canal da Integridade, que objetiva ser o meio formal para o registro de informações - por parte da comunidade, usuários, profissionais e fornecedores - possibilitando a investigação e tratativa de pontos de melhoria que apresentem ou sinalizem uma conduta divergente do que é preconizado na legislação vigente, normativas interna e valores da OSS.

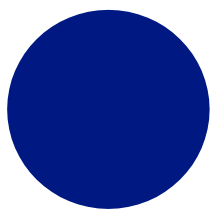
O principal objetivo do Canal de Integridade é proporcionar aos *stakeholders* segurança, agilidade, anonimato e interatividade durante as tratativas e investigações de melhorias, utilizando tecnologias modernas que auxiliam no processo de tomada de decisão, a fim de garantir assertividade na tratativa de cada registro.

Por se tratar de um sistema interativo, os *stakeholders* conseguem acompanhar todas as fases de tratativa da sua solicitação, da abertura ao encerramento e, se necessário, podem adicionar informações ou documentos durante o processo de análise.

O canal foi amplamente divulgado e encontra-se em funcionamento, atendendo a demandas de todas as Unidades geridas pela Agir.

TRANSPARÊNCIA

A Agir tem a transparência como um dos seus valores declarados, estando em constante evolução o processo de transparecer, inovando na publicidade das informações ao público interno e externo, com a utilização da internet e diversas outras ferramentas tecnológicas. O princípio de transparecer



suas ações trata da disponibilização de informações a respeito da organização às partes interessadas, sempre de maneira ampla e focando em, de fato, apresentar itens que sejam relevantes para elas.

A Agir preconiza ir além da publicidade obrigatória por lei, ou seja, o foco não é divulgar apenas o que a legislação ou regulamentos específicos determinam. Os processos, valores, costumes e decisões também são apresentados de forma transparente.

Considerando a necessidade de adequação da transparência, a Agir mantém-se atualizada com as novas legislações. Um exemplo disso foi vivenciado na organização dos procedimentos de acesso às informações públicas, a partir da publicação da Lei 12.527/2011, conhecida como Lei de Acesso à Informação – LAI, que entrou em vigor em maio de 2012. A lei trouxe vários princípios norteadores e regulamentou o direito constitucional de acesso à informação.

Recentemente, também, pautada pela Lei Geral de Proteção de Dados - LGPD (Lei nº 13.709/2018) e pelo Marco Civil da Internet (Lei 12.965/2014), a Agir buscou adequar seus processos de segurança da informação, guiada por 3 (três) princípios básicos: (1) confidencialidade - as informações devem ser acessadas apenas por quem é autorizado; (2) integridade - as informações podem ser alteradas somente por quem é autorizado; e (3) disponibilidade - as informações devem estar sempre disponíveis para quem é autorizado.

Para garantir esses princípios e a adequação à LGPD, a OSS, com o apoio de uma consultoria especializada nesta lei, implantou estratégias internas e ferramentas de *software* para monitoramento e proteção de dados. A premissa é mitigar riscos e garantir a proteção destes ativos em vários aspectos, tais como perda da informação, acesso indevido e finalidade diversa do objetivo, sobretudo no fundamento da ética.

ACCOUNTABILITY

A Agir, ao longo de sua trajetória, tem se consolidado no cenário do terceiro setor, norteada por valores descritos em sua identidade organizacional (Figura 01), adotando em seu modelo de gestão a constituição de Políticas Institucionais, dentre elas, a Política de *Accountability*.

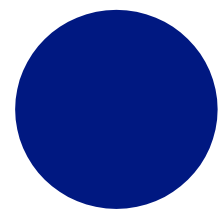
O termo *Accountability*, em tradução literal para o português, significa prestação de contas. Todavia, essa tradução não representa toda a abrangência do termo, cuja definição inclui controle, fiscalização, responsabilização, proatividade e transparência. Ele representa a responsabilidade objetiva de uma pessoa ou organização em responder perante outras pessoas e organizações, com protagonismo, diligência e a transparência de fazer com integridade.

Assim, a Política de *Accountability* da Agir estabelece fundamentos alicerçados nos princípios de prestar contas, transparecer e responsabilizar-se por suas ações, nos âmbitos organizacional, dos parceiros, dos órgãos de controle e da sociedade.

A Agir, atenta ao desafio das unidades de saúde quanto ao gerenciamento de serviços somado aos padrões de qualidade, acesso e resolutividade, atua no sentido de aprimorar seus processos internos, consolidando rotinas e fluxos. Para tal, um dos pilares utilizados é a abordagem *Lean Six Sigma*, que objetiva tornar os processos mais enxutos e ágeis, diminuindo os intervalos entre as atividades, eliminando desperdícios e falhas, a fim de agregar valor aos atendimentos prestados aos usuários. Ademais, essa abordagem também busca maximizar o uso dos recursos disponíveis e promover o aprendizado.

Dessa forma, com foco em garantir eficiência e eficácia no modelo gerencial do HECAD, esta proposta apresentará recursos ferramentais desenvolvidos e já praticados pela OSS na promoção da excelência na execução da estratégia e provimento de soluções sistêmicas na gestão das unidades sob regência da Agir, dos quais destacam-se:

- I. **Gestão da Estratégia**
- II. **Gestão da Assistência**
- III. **Gestão de Pessoas**
- IV. **Gestão de Qualidade e Compliance**
- V. **Gestão Contábil Financeira**
- VI. **Gestão de Custos**
- VII. **Gestão de Avaliação e Prestação de Contas**



VIII. Gestão de Abastecimento e Logística

IX. Gestão de Infraestrutura e Manutenção

X. Gestão de Projetos e Inovação

XI. Gestão de Comunicação

XII. Gestão de Ensino e Pesquisa

I. GESTÃO DA ESTRATÉGIA

Para garantir a eficiência e a viabilidade na implementação de um modelo de monitoramento com foco na qualificação da gestão das Unidades de saúde, a Agir adota o Planejamento Estratégico para uma intervenção direta no acompanhamento e melhoria das práticas assistenciais, administrativas e de apoio.

Como primeira etapa, a intervenção se dá na identificação do perfil epidemiológico da Unidade e da rede na qual está inserida. De posse desses dados, uma análise situacional de micro e macroambiente é realizada para proporcionar um olhar sistêmico, por meio da identificação das possíveis forças, fraquezas, ameaças e oportunidades, com o uso da ferramenta Matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats*).

Figura 3 - Matriz SWOT.

	FATORES INTERNOS	FATORES EXTERNOS
POSITIVO	FORÇAS	OPORTUNIDADES
NEGATIVO	FRAQUEZAS	AMEAÇAS

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

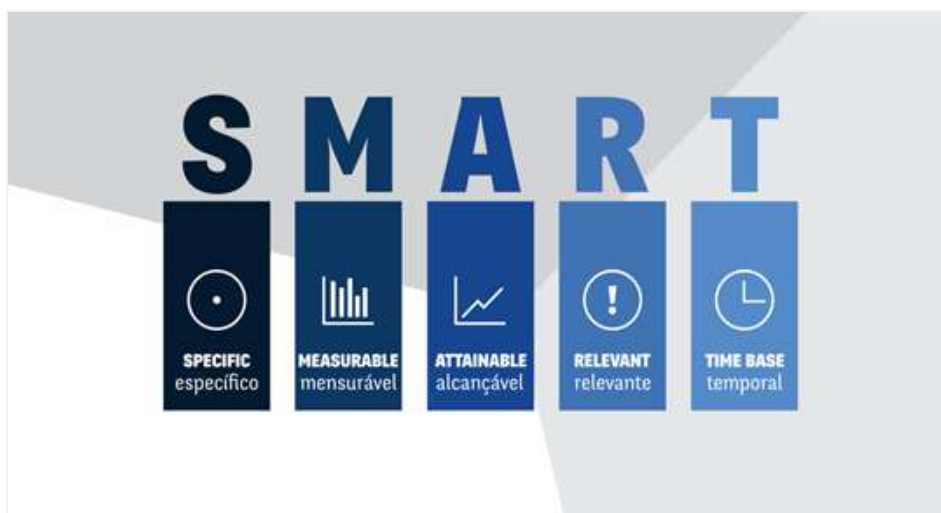
Portanto, torna-se viável a construção de uma identidade organizacional sólida e coerente com a expectativa do público (cliente) e do gestor/ contratante da Unidade (fornecedor).

Ao declarar a missão, a visão, os valores e o propósito, a Agir promove o engajamento e participação de todos os envolvidos no cumprimento da estratégia definida para cada instituição a ser gerenciada.

Com a análise dos cenários e clareza quanto ao foco estratégico da Unidade em um determinado período, são estruturados os objetivos estratégicos para cada uma das perspectivas estabelecidas, com base no *Balanced Scorecard - BSC* (Aprendizado e Crescimento; Sustentabilidade; Processos e Usuário e Sociedade). Dessa forma, os objetivos estratégicos direcionam os rumos que a organização tomará durante o ciclo de aplicação do planejamento ao qual foi delimitado.

A definição de metas e de seus indicadores é fundamental para que o ciclo de gestão seja feito com sucesso. Para isso, a Agir utiliza como prática a metodologia *SMART*, que define que as metas sejam Específicas, Mensuráveis, Atingíveis, Relevantes e Temporais.

Figura 4 - Ferramenta SMART.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

As iniciativas estratégicas são definidas como o conjunto de ações que permitem que a organização se desloque do estado atual em direção ao alcance

de suas metas. Elas são selecionadas e priorizadas de acordo com o impacto que terão para preencher as lacunas das metas estabelecidas.

Para torná-las real, o formato de plano de ação 5W2H (o quê, quem, quando, como, onde, porque, quanto custa) possibilita um compartilhamento da estratégia e disseminação da identidade organizacional em todos os níveis da instituição.

Compreendendo que o desenvolvimento das ações é um dos desafios categóricos para a obtenção dos resultados, a Agir adota, ainda, o modelo das Quatro Disciplinas da Execução, ao (1) focar no que é crucialmente importante, (2) atuar nas medidas de direção, (3) manter placares envolvente e (4) criar uma cadência de responsabilidade.

Figura 5 - Ferramenta 5W2H.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

A direção de cada Unidade realiza reuniões periódicas com os superintendentes da Agir para municiar a alta gestão de informações sobre os resultados dos indicadores estratégicos e do andamento para o cumprimento das metas contratuais.

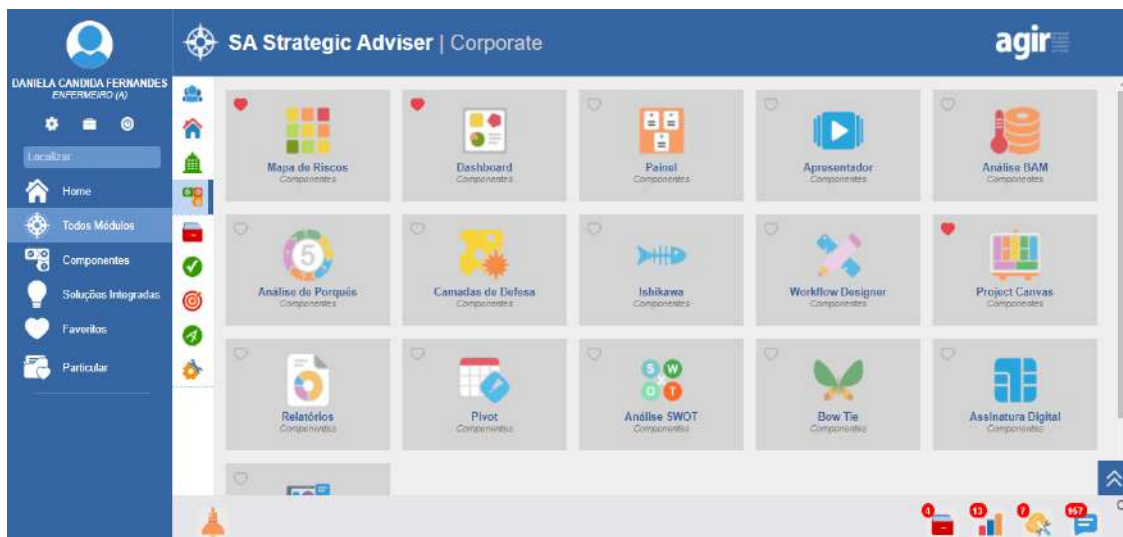
Assim, a Agir promove uma jornada focada na entrega da excelência do atendimento aos usuários e à sociedade, por meio do alcance da visão das Unidades de saúde que gerencia.

SISTEMA PARA ALAVANCAGEM DA ESTRATÉGIA - SA STRATEGIC ADVISER

A Agir, bem como as unidades sob o seu gerenciamento, utiliza-se de um sistema de informação que possibilita o gerenciamento eletrônico, *on-time* e integrado das funções de planejamento, produtividade, projetos, qualidade e recursos.

Em linhas gerais, o sistema objetiva oferecer soluções de Planejamento, Implantação, Execução, Gestão e Controle da Estratégia, auxiliando no desenvolvimento da capacidade competitiva, por meio do alinhamento entre Gestão Corporativa e Tecnologia da Informação, encurtando o tempo necessário para alcance de objetivos e metas.

Figura 6 - Sistema para alavancagem da estratégia: SA Strategic Adviser.

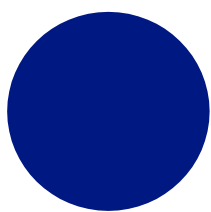


Fonte: SA Strategic Adviser.

DIAGNOSIS RELATED GROUPS – DRG

O sistema DRG foi criado pelas escolas de saúde pública e administração da Universidade de Yale, no final da década de 60, sendo o projeto liderado pelos professores Robert Fetter e John Thompson.

Com o surgimento dos seguros MEDICARE (programa para assistência a indivíduos com doença debilitante ou maiores de 65 anos) e MEDICAID (programa social para indivíduos de baixa renda), o governo norte-americano, como fonte pagadora, passou a ter interesse em uma metodologia que fosse



capaz de oferecer informações para o controle de preços dos serviços hospitalares e adotou o método desenvolvido por Fetter e seus colaboradores.

Na década de 1980, o DRG sofreu grande evolução metodológica tornando-se o sistema utilizado pelo governo americano para avaliação do consumo de recursos para o tratamento hospitalar de pacientes agudos. A partir da década de 90, o uso do DRG foi disseminado em várias partes do mundo: Alemanha, Austrália, Espanha, França, Inglaterra, Itália, Portugal e o Brasil.

METODOLOGIA DRG BRASIL: INOVAÇÃO E TECNOLOGIA ALIADA A GESTÃO DE EXCELÊNCIA

Na prática, o método DRG consiste em um sistema que permite a classificação de pacientes hospitalizados. Eles são categorizados de acordo com a complexidade de seus quadros de saúde, o que permite comparar os resultados e fazer previsões futuras.

Sabendo que o paciente é único, o DRG não tem a pretensão de igualar um grupo de pacientes, mas busca deixá-los similares para que, assim, seja feita a comparação dos dados coletados.

Figura 7 - Definição do DRG.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

A estrutura do DRG parte de grandes categorias diagnósticas, conhecidas como *Major Diagnostic Categories - MDC*, que envolvem diagnósticos clínicos de mesmos sistemas orgânicos principais. Dentro de cada uma das grandes categorias encaixam-se os grupos de diagnósticos relacionados – tradução de DRG, que compartilham consistência clínica.

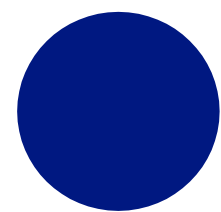
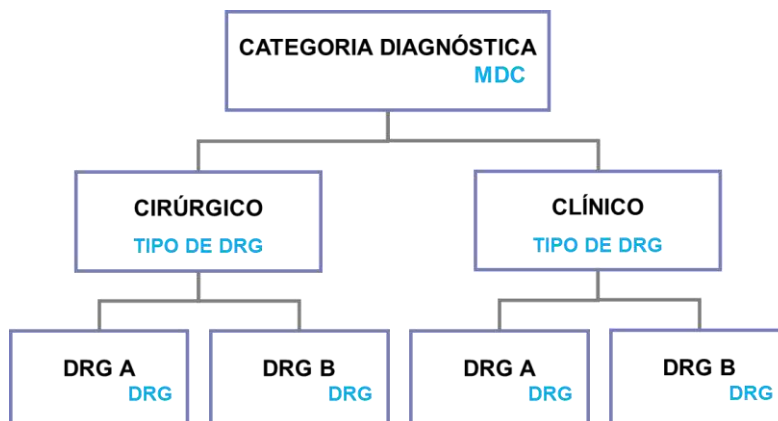


Figura 8 - Fluxograma do MDC.

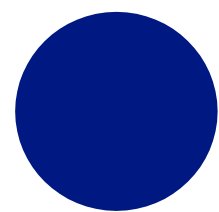


Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Os DRGs são alocados em subgrupos por tipo cirúrgico ou clínico. As MDCs são a divisão dos diagnósticos principais em 25 grandes grupos, a saber:

Tabela 1 - Grupos de MDCs

<i>Major Diagnostic Categories - MDC</i>	
MDC	Descrição
PRÉ	Pré-Grandes Categorias Diagnósticas
1	Doenças e Distúrbios do Sistema Nervoso
2	Doenças e distúrbios do olho
3	Doenças e Distúrbios do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta
4	Doenças e Distúrbios do Sistema Respiratório
5	Doenças e Distúrbios do Sistema Circulatório
6	Doenças e Distúrbios do Sistema Digestivo
7	Doenças e Distúrbios do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas
8	Doenças e Distúrbios do Sistema Musculoesquelético e Tecido Conjuntivo
9	Doenças e Distúrbios da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama
10	Doenças e Distúrbios Endócrinos Nutricionais e Metabólicos

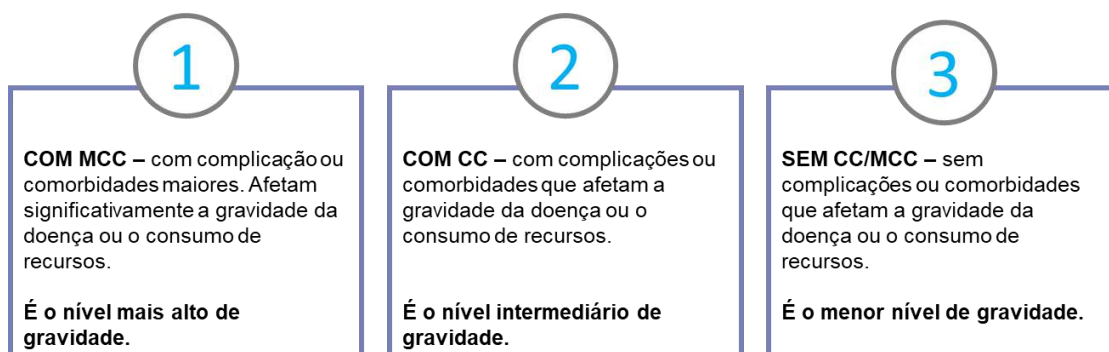


11	Doenças e Distúrbios do Rim e do Trato Urinário
12	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Masculino
13	Doenças e Distúrbios do Sistema Reprodutivo Feminino
14	Gravidez, Parto e Puerpério
15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal
16	Doenças e Distúrbios do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas
17	Doenças e Distúrbios Mieloproliferativas e Neoplasias Mal Diferenciadas
18	Doenças Infecciosas e Parasitárias, Sistêmicas ou de Localização Não Específica
19	Doenças e Distúrbios Mentais
20	Uso de Álcool/Droga e Distúrbios Mentais Orgânicos Induzidos por Álcool ou Droga
21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas
22	Queimaduras
23	Fatores com influência no Estado de Saúde e Outros Contatos com os Serviços de Saúde
24	Traumatismos Múltiplos Significativos
25	Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

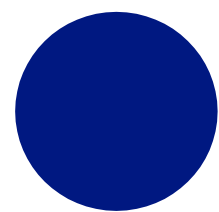
Fonte: CMS – Centers for Medicare and Medicaid Services.

Ao todo, são 3 (três) níveis de gravidade clínica, conforme demonstrado na figura abaixo:

Figura 9 - Níveis de gravidade clínica.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.



Ao longo dos anos foram identificados grupos de pacientes que, independentemente do sistema orgânico principal comprometido, o fato de ser portador de graves comorbidades ou complicações, fazia com que o tempo de permanência e custos hospitalares fossem muito diferentes de pacientes com comprometimento do mesmo sistema orgânico, mas sem o conjunto de comorbidades. Desta forma, foi desenvolvida uma categoria que antecede as categorias diagnósticas maiores, ou seja, um pré-MDC, que agrega pacientes que passaram por transplantes complexos ou com necessidade prolongada de ventilação mecânica, com traqueostomia, e outros fatores.

Constatando que o consumo de recursos, normalmente, está diretamente associado à gravidade do paciente, tem-se o *case mix* na plataforma DRG. O termo *case mix* - ou coeficiente global de ponderação da produção - representa a proporção relativa de diferentes tipos de pacientes que o hospital trata. É uma medida de complexidade e criticidade assistencial hospitalar baseada na idade, doença, motivo que determinou a internação, nas doenças pré-existentes e nos procedimentos realizados. Portanto, o *case mix* é a composição dos pesos relativos de estimativa de custos por DRG, além de ser, também, uma forma de estimular a entrega de valor.

Os pesos do *case mix* variam de 0,1771 para o DRG 795 – neonato normal, a 27,1011 para o DRG 001 – transplante cardíaco ou implante de sistema de suporte cardíaco com complicações/comorbidades maiores (MS-DRG, versão 34).

Tabela 2 - Perspectivas do case mix, DRG.

CASE MIX NA PERSPECTIVA CLÍNICA	CASE MIX NA PERSPECTIVA DOS ADMINISTRADORES
Complexidade dos pacientes e o grau de dificuldade do tratamento.	A demanda por recursos que os pacientes requerem da instituição e o grau de dificuldade de organização dos processos de trabalho hospitalar para realização da assistência.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Dessa forma, a metodologia DRG Brasil foi criada para aprimorar o modelo assistencial e remuneratório, proporcionando um atendimento de maior qualidade aos pacientes, com menor custo e maior entrega de valor. No contexto da saúde, a DRG significa oferecer resultados assistenciais com redução de desperdício e melhoria da experiência do paciente, com a contribuição da inteligência artificial e outros recursos relevantes.

O uso do método adaptado ao contexto brasileiro oportuniza inúmeros benefícios para as Unidades de saúde. Dentre eles, destacam-se:

- Identificação de oportunidades para redução dos desperdícios do sistema de saúde;
- Modelo remuneratório baseado em valor;
- Controle da sinistralidade;
- Sustentabilidade econômica do sistema de saúde;
- Foco na segurança do paciente;
- Predição de resultados e recursos;
- Melhoria do desempenho da organização;
- Avaliação da qualidade do serviço prestado;
- Melhoria da experiência para o paciente;
- Uso eficiente do leito hospitalar.

A metodologia DRG Brasil já é usada em mais de 400 hospitais e 129 operadoras de saúde do país, o que resulta em um alcance de mais de 15 milhões de vidas.

Pensando na qualidade assistencial e no melhor gerenciamento dos custos, em 2020, a Agir inseriu a plataforma DRG Brasil nas Unidades CRER e HUGOL. Com essa iniciativa, a Agir tornou-se a primeira OSS no Estado de Goiás a implantar essa metodologia, unindo eficiência, inovação, segurança e tecnologia.

Essa experiência vem promovendo uma tomada de decisão assertiva dos gestores perante os desafios enfrentados nas Unidades, reafirmando o compromisso da Agir em aprimorar as boas práticas de gestão, por meio da intensificação do cumprimento das normas estabelecidas pelas instituições reguladoras, promovendo ensino e zelando pelos valores universais do SUS.

SISTEMA DE GESTÃO DOCUMENTAL – E-DOC

A Agir possui um sistema próprio para a gestão eletrônica do acervo documental, nomeado e-Doc Agir. Essa plataforma permite a materialização das ações em ambiente virtual, promovendo agilidade e sinergia entre os entes envolvidos, redução de custos com impressões e transporte de documentos, rastreabilidade, bem como segurança da informação.

Além das vantagens supracitadas, o e-Doc permite a atuação simultânea de vários usuários em um mesmo processo, bem como abrange os tipos de processos institucionais, tais como: aquisições e contratações, pagamentos, contratação de pessoal, atendimento de demandas internas e externas, dentre outros.

II. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA

A gestão da assistência compreende um modelo de gerenciamento de unidades de saúde e baseia-se em princípios voltados à transformação da atenção à saúde, de forma estruturada, aglutinando gestão, cuidado, qualidade e educação, com foco gerencial e governança clínica.

Nesse sentido, os princípios podem ser aplicados na Unidade gerenciada, contribuindo para:

- Orientação às necessidades de saúde e à integralidade do cuidado;
- Informações das pessoas usuárias sobre os riscos e benefícios da atenção à saúde;
- Qualidade e definições de padrão de segurança no cuidado em saúde;
- Gestão de riscos à saúde, sistemas de vigilância, ouvidoria e auditoria;
- Articulação e valorização dos diferentes saberes e práticas em saúde para o enfrentamento dos problemas de saúde;
- Definição de diretrizes clínicas, padronizações e protocolos, de forma a dar atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas;
- Compartilhamento de poder e responsabilização entre gestores, profissionais de saúde e cidadãos na produção da atenção em saúde;

- Educação de pessoas e da organização;
- Orientação aos resultados que agreguem valor à saúde e à vida, com elaboração de planos de cuidados, elaboração conjunta de metas a serem cumpridas, passos para cumprir metas e ações para superar obstáculos;
- Transparência e responsabilização com os interesses coletivos;
- Sistemas integrados.

Os princípios da gestão assistencial expressam conexões que lançam uma nova luz sobre a gestão, atenção à saúde e educação, demandando uma consciência crítica em relação à simultaneidade de permanências e mudanças de práticas.

Nesse contexto, a Agir desenvolve intervenções com foco na reestruturação dos processos e serviços das áreas assistenciais e de apoio em formato de Projetos de Melhoria, utilizando-se de ações planejadas, pautadas em metodologias híbridas e desenvolvimento da equipe.

PROJETO DE MELHORIA

Tem como objetivo principal mapear as atividades desenvolvidas nos setores apontados, usando premissas que garantem a participação ativa dos agentes envolvidos diretamente nas atividades de atenção aos pacientes.

O projeto define, por exemplo, alteração de fluxos operacionais, aumento de desempenho e eficiência, fortalecimento de ações que agregam valor às entregas, sempre com foco na melhoria da experiência do usuário. Durante a sua execução são propostas ferramentas flexíveis, inovadoras e ágeis, capazes de produzir tomadas de decisão rápidas e assertivas, além de reconhecer, desenvolver e potencializar os talentos que existem dentro da organização.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de compreender a visão sistêmica do funcionamento da Unidade, por meio de técnicas de comunicação efetiva, ampliando o entendimento das interdependências entre setores e, ao mesmo tempo, aumentando a segurança do paciente por colocá-lo como centro das atenções de todas as tomadas de decisão.

Com o objetivo de promover a cultura enxuta, o pensamento *Lean* é implantado como inspiração de todo o projeto, pautado pelos princípios: valor, fluxo de valor, fluxo contínuo, produção puxada e melhoria contínua. O *Lean Six Sigma*, conforme citado anteriormente, faz com que a transformação desenvolvida seja incorporada na cultura organizacional da instituição de forma permanente.

ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme previsto e estabelecido na Resolução CFM nº 2.057/2013, é de responsabilidade do médico o diagnóstico, indicação, aplicação e continuidade dos programas terapêuticos e de reabilitação em seu âmbito de competência.

Todo atendimento será pautado na ética, prudência e perícia, indicando o plano terapêutico adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente, sem exageros ou omissões.

Os profissionais médicos, assim como os demais profissionais da equipe, serão monitorados quanto à sua performance em relação às atividades exercidas dentro e nos diferentes pontos de atenção à saúde, através de sistemas gerenciais de apoio, coordenação e sistemas logísticos de informática, com indicadores de performance e qualidade.

Assim como as outras frentes de assistência, o atendimento médico que está sendo proposto traz a filosofia da Agir em inovar suas ações, utilizando recursos administrativos modernos e metodologias que vêm se consolidando no cenário internacional.

Exemplo disso é a implantação de um modelo de metas a serem alcançadas, de forma balanceada e autorregulada, valorizando a saúde da população, a experiência do cuidado e o gasto *per capita*. Esse modelo é conhecido como Tripla Meta (*Triple aim*) e foi desenvolvido pelo *Institute for Healthcare Improvement*, em 2008, em 15 instituições dos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, expandindo-se, em 2010, para vários países do mundo.

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

O serviço de enfermagem será pautado na qualidade do atendimento ao paciente e sua atuação será realizada com responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico e humanização, tendo o paciente como o centro do cuidado.

Os atendimentos de enfermagem acontecerão de maneira padronizada e serão sistematizados por protocolos, normas e rotinas setoriais, primando pela segurança do paciente e respeitando a integralidade e os princípios éticos.

Para o planejamento da assistência de enfermagem será aplicada a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, que é uma metodologia desenvolvida a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem. O método fortalece o julgamento e a tomada de decisão clínica assistencial do profissional de enfermagem e é organizado em 5 (cinco) etapas, a saber: (1) coleta de dados; (2) diagnóstico de enfermagem; (3) planejamento de enfermagem; (4) implementação, e; (5) evolução.

O profissional da enfermagem, juntamente com os demais profissionais de saúde, atuará nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a segurança do paciente, reduzindo ou eliminando o risco de danos desnecessários associados com a saúde. Dessa forma, a ocorrência de eventos adversos no cuidado à saúde do paciente será minimizada.

As atividades dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem serão exercidas sob supervisão, orientação e direção do enfermeiro. Caberá ao enfermeiro responsável pelos setores da Unidade planejar, organizar, coordenar e avaliar a execução dos serviços de enfermagem, ou seja, definir as atribuições dos membros que compõem a equipe de enfermagem, bem como as rotinas internas inerentes ao serviço, pautado nas disposições legais da profissão.

Tendo o paciente como o centro do cuidado, a prestação da assistência ocorrerá sob a supervisão do enfermeiro, ficando o técnico de enfermagem responsável integralmente pelos cuidados dispensados ao paciente.

Em linhas gerais, para composição do quadro de colaboradores do serviço de enfermagem será utilizada a Resolução nº 543/2017 do Conselho

Federal de Enfermagem - COFEN, de forma que atenda os preceitos legais e as necessidades específicas da Unidade, com suporte tecnológico de um sistema de dimensionamento de pessoal desenvolvido pela Agir, conforme descrito abaixo.

SISTEMA DE DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DA ENFERMAGEM

O Sistema de Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem foi desenvolvido pela OSS com o objetivo de tornar o processo de dimensionamento do quadro de profissionais assistenciais mais ágil, eficiente, assertivo e seguro.

Com este sistema é possível dimensionar, rapidamente, o quadro de pessoal de enfermagem para as diversas áreas de serviços de uma unidade hospitalar. Além disso, a ferramenta está alinhada às normas e regulamentos que regem a segurança do paciente e dos colaboradores.

O sistema funciona como um assistente de passo a passo, onde o gestor consegue dimensionar, agilmente, o quadro de colaboradores de uma Unidade, apenas seguindo as instruções que o sistema propõe. Tais instruções levam em consideração variáveis diversas, como por exemplo a categoria, a unidade de internação, o instrumento normativo utilizado para cálculo, a classificação dos pacientes, a quantidade de leitos, a taxa de ocupação, o índice de segurança técnica, a constante de marinho e a quantidade de dias e horas de trabalho.

Os métodos e tecnologias aplicadas ao desenvolvimento dessa ferramenta a tornam flexível e escalável, ou seja, outras legislações podem ser configuradas para realizar os cálculos de dimensionamento, a partir de novas regras ou características específicas.

ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

A Agir realiza a gestão do atendimento multidisciplinar por meio de um modelo que potencializa os resultados individuais e proporciona o alcance de resultados de alta eficácia clínica.

Propõe-se a diversificação e qualificação da oferta de assistência multiprofissional e interdisciplinar, com base na continuidade do cuidado e no olhar ampliado sobre as necessidades de pessoas e coletivos.

A distribuição das especialidades multiprofissionais será regida pelos critérios de densidade populacional atendida, complexidade da assistência oferecida, características epidemiológicas da população residente e forma de acesso (referenciada ou livre demanda).

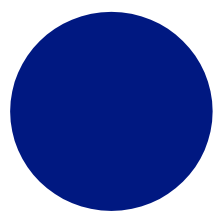
A assistência da equipe multiprofissional será organizada de forma a atender as demandas terapêuticas e as normativas legais exaradas pelo poder público por meio de leis, portarias, instrutivos e outros documentos oficiais, das definições das agências regulatórias e, também, das resoluções dos conselhos profissionais.

Considerando que a equipe multidisciplinar em saúde é composta por profissionais de diferentes funções e *expertises* e que se complementam, sendo focada em um objetivo comum, o ponto chave da condução da equipe será a utilização das qualificações distintas de cada membro para trazer mais dinamismo aos processos de trabalho. Para tal, a autonomia profissional será respeitada, sendo a regulação do exercício profissional sustentada nos Códigos de Ética de cada profissão.

A experiência da Agir na gestão em saúde mostra que, quando bem estruturada, a equipe multidisciplinar é uma estratégia fundamental para tornar o atendimento mais qualificado, efetivo e seguro para o paciente. Além disso, é possível promover diferentes ações que resultam em benefícios clínicos, humanísticos e econômicos para a instituição.

SERVIÇOS DE APOIO E DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT

A implantação de Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêutico - SADT, conforme a prestação de assistência realizada no HECAD, seguirá protocolos clínicos e diretrizes aplicáveis, permitindo a execução equacionada de exames básicos, complementares e terapêuticos para alcançar o restabelecimento e/ou controle das patologias tratadas.



SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO

Com uma gestão moderna e, principalmente, interoperável, a Agir garante a operação de todas as atividades que permeiam as Unidades geridas pela organização, por meio de um sistema de planejamento de recursos empresariais, denominado *Enterprise Resource Planning* - ERP.

Em conformidade com a Portaria GAB/SES-GO nº 1.046/2019, a Agir foi pioneira no que tange à implantação e implementação da Saúde Digital nas unidades hospitalares do Estado de Goiás, prezando pela padronização dos processos e, em especial, agregando valor aos profissionais e usuário do SUS.

A Agir disponibiliza de um sistema de informação que administra todos os processos de negócio de forma integrada, perpassando desde o primeiro atendimento do paciente e indo das compras à contabilidade. O sistema possibilita a apuração dos custos e resultados por centro de custo e análise do desempenho econômico da instituição, garantindo informações gerenciais precisas e confiáveis para a tomada de decisão e prestação de contas.

Nesse sistema, faz-se uso do Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, com assinatura digital, onde todas as informações são armazenadas de forma eletrônica, garantindo maior rastreabilidade, segurança da informação e sinergia nos atendimentos, haja vista que estes estarão vinculados aos processos digitais da Unidade.

A estrutura do sistema proposto para implantação é composta dos seguintes módulos:

A) GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS DO PACIENTE

O PEP é uma tecnologia utilizada no registro, armazenamento e controle digital das informações do paciente. Com essa ferramenta é possível reduzir erros, otimizar recursos, ampliar a segurança e aperfeiçoar o atendimento na Unidade, sendo essa uma ferramenta certa para redução de custos.

A interoperação entre os módulos que permeiam o PEP faz com que a Unidade se desponte não somente no conceito de gerenciamento dele, mas

também, no gerenciamento de todos os módulos de apoio que norteiam a operação na instituição, acolhendo a governança dos dados.

A centralização de todas as informações clínicas e assistenciais dos atendimentos realizados aos pacientes em uma única base de dados fortalece o conceito de segurança e integridade desses. Além disso, serão garantidas as características mínimas relacionadas abaixo:

- Confidencialidade dos dados dos pacientes: acesso a partir de níveis de permissões;
- Acesso remoto e simultâneo às informações do prontuário por vários profissionais da saúde, considerando as regras e políticas de segurança, alinhado às normas do Conselho Federal de Medicina - CFM e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - SBIS;
- Consulta à agenda e confirmação de pacientes;
- Registro de anamnese, história da doença atual, diagnóstico e tratamento;
- Acesso ao prontuário completo do paciente;
- Prescrição eletrônica;
- Senhas de acesso restritivas;
- Assinatura digital de todos os registros inseridos no PEP;
- Evolução médica por padrões;
- Emissão de atestados, receitas e laudos;
- Solicitações de consultas, cirurgias e exames;
- Lançamentos de procedimentos pelo médico, executados no consultório;
- Controle de pareceres da equipe multidisciplinar;
- Possibilidade de análise estatística das informações clínicas;
- Garantia da legibilidade total das informações;
- Organização do prontuário do paciente, eliminando o extravio e o não preenchimento correto das informações;
- Rastreabilidade na edição dos dados do PEP.

B) GERENCIAMENTO DE INTERNAÇÃO

Módulo que permite a gestão da internação do paciente, abrangendo o acompanhamento multiprofissional diário em seus diversos níveis, prescrição e checagem de medicamentos, categorização e mitigação dos riscos assistenciais, evidência da assistência prestada em diversos níveis (clínica cirúrgica, clínica médica, reabilitação e terapia intensiva, por exemplo).

C) GERENCIAMENTO AMBULATORIAL

Módulo que gerencia as agendas de consultas eletivas de forma detalhada e ágil, realizando cadastro único dos pacientes, sendo esses dados utilizados por todos os outros módulos do sistema.

D) ATENDIMENTO GERAL

Módulo que realiza o controle das recepções da Unidade em um único módulo (ambulatório, exames etc.).

E) CENTRAL DE MARCAÇÃO

Módulo que gerencia todas as agendas da Unidade em um único módulo (exames, consultas etc.), podendo realizar de uma única vez vários agendamentos para o mesmo paciente.

F) CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Módulo que controla todos os focos de infecção, por meio dos "sentinelas" do sistema, que sinalizam os resultados de culturas, realização de procedimentos invasivos, prescrição de antibióticos e controle da dispensação dos antimicrobianos prescritos pelos médicos.

G) DIAGNÓSTICOS LABORATORIAIS

Módulo que permite consulta dos laudos pelos médicos no momento da elaboração da prescrição médica, controlando os valores de referência de cada exame, alertando resultados fora do valor normal.

H) APOIO ROUPARIA

Módulo que possibilita a gestão de todo o processo de logística do enxoval da instituição. Além disso, ele controla o processo de disponibilização do enxoval

entre a assistência, a lavanderia (externa ou interna) e a oficina de reparo. O módulo, também, possibilita a composição do custo.

I) APOIO PORTARIA

Módulo que controla todo o processo de acesso à Unidade por acompanhantes de pacientes, visitantes e fornecedores, utilizando etiquetas de identificação.

J) GERENCIAMENTO DE ESTOQUE

Módulo que permite a rastreabilidade dos produtos. Essa lógica é embutida em todas as movimentações de estoque, com o controle de lote e validade, permitindo à Unidade gerir os produtos próximos a vencer.

K) CONTROLE DE PATRIMÔNIO

Módulo que rastreia a localização do bem (ativo fixo) dentro da Unidade, bem como gerencia o mapa de trabalho para manutenção preventiva e integra, automaticamente, os lançamentos contábeis com os módulos afins. Além disso, ele controla a garantia do fabricante, diminuindo custos com manutenção corretiva.

L) CONTROLE CONTÁBIL

Módulo que controla as informações de obrigações e direitos da Unidade, utilizando as demonstrações contábeis e relatórios gerenciais, além de realizar a integração entre o módulo contábil e todos os módulos do sistema que geram informações financeiras.

M) CONTROLE FINANCEIRO

Módulo que controla todas as movimentações financeiras dos caixas distribuídas na Unidade, possibilitando a transferência de saldos entre eles e o fechamento diário das entradas e saídas.

N) FATURAMENTO

Módulo que efetua o controle fidedigno das informações do faturamento SUS, conforme as regras preconizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Esse módulo também realiza o controle

das contas glosadas - por procedimento, grupo de procedimento e grupo de faturamento, possibilitando a análise e reapresentação delas.

O) CONTROLE DE MANUTENÇÃO

Módulo que controla as manutenções dos equipamentos e infraestrutura da Unidade, possibilitando cadastro das solicitações de serviços de manutenção, alocação dos gastos com a manutenção no devido centro de custos, planejamento de manutenção preventiva de equipamento e integração com os módulos de suprimentos e custos.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS – E-AGIR

Considerando o volume de informações que devem ser gerenciadas pelos gestores da saúde, os sistemas digitais constituem-se em ferramentas essenciais para a administração das organizações que prestam serviço aos usuários do SUS.

A Agir, desde seu nascedouro, prima pela utilização de softwares avançados de gestão, que possibilitam a tomada de decisão com base em dados on-time e que permitem, ainda, o compartilhamento dos resultados com as demais esferas, além dos níveis institucionais estratégico, tático e a operacional internos, envolvendo diferentes lideranças para a busca de soluções consubstanciadas.

Assim, a atuação no HECAD será focada em indicadores de gestão que demonstrem a efetividade de cada fluxo de atividade realizada na Unidade, monitorando a ocorrência de falhas que possam subsidiar a criação de estratégias para contribuir na mitigação da chance de novos eventos e equilibrando os resultados com o custo-efetividade.

A Agir avançou ainda mais nessa proposta com a construção do centro de excelência em gestão, denominado e-Agir, que tem o propósito de compartilhar e analisar os resultados das unidades de saúde sob sua gestão, viabilizando a análise crítica dos indicadores disponíveis, haja vista que esses precisam ser discutidos em equipe para que sirvam como base do planejamento para os próximos passos da organização.

Figura 10 - Foto do ambiente do e-Agir, localizado na sede da Agir.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

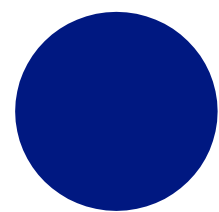
O foco é o desenvolvimento de uma cultura organizacional alicerçada pelo pensar prospectivo, verificando as tendências apresentadas por esses indicadores, com cálculos estatísticos e análise crítica do cenário atual.

Pautado pelo acesso rápido e objetivo, o e-Agir é um espaço importante na agenda dos gestores e de seus liderados, sedimentando aprendizados adquiridos por meio da medição de resultados diários, semanais, mensais ou em outros ciclos, para que se estabeleçam as ações corretivas e de planejamento pertinente ao tema.

BOLETIM ELETRÔNICO DO PACIENTE

Desenvolvido pela Agir, o Boletim Eletrônico do Paciente é mais um recurso a favor da humanização do atendimento aos usuários nos hospitais. A plataforma possibilita uma solução para os familiares que anseiam por notícias dos seus entes queridos e contempla, ainda, a responsabilidade dos profissionais da Unidade em informar sobre a situação clínica de saúde e a assistência ofertada ao paciente.

Esse sistema foi desenvolvido em formato 100% eletrônico e é atualizado diariamente pelos profissionais da saúde envolvidos no cuidado ao paciente internado. O Boletim Eletrônico possibilita a comunicação do hospital e do



paciente com os seus familiares, já que as informações podem ser acessadas diuturnamente e de forma ilimitada, por meio de um computador, smartphone ou tablet. É a tecnologia contribuindo com a empatia, comodidade, segurança e velocidade da informação.

Atualizado quanto ao quadro clínico do paciente, o Boletim Eletrônico foi estruturado, ainda, para ofertar maior pluralidade de informações aos familiares, pois a plataforma é acessada e alimentada por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

As informações podem ser acessadas pelos familiares do paciente, que recebem os dados de acesso no momento da internação. O boletim pode ser acessado diretamente pelo site da Agir (www.agirsaude.org.br), na opção “Portal do Paciente”, que aparece no menu principal.

Dessa forma, observa-se que o boletim é uma ferramenta moderna e segura, com potencial para reduzir o fluxo de pessoas nas recepções dos hospitais e a quantidade de ligações. Com isso, otimiza-se os atendimentos, prestando um suporte ágil e cada vez mais humanizado para todos.

III. GESTÃO DE PESSOAS

A valorização do capital intelectual é um tema amplamente discutido nas organizações, a partir do momento em que se percebeu que o trabalho organizacional depende fundamentalmente de pessoas. Não existem organizações sem pessoas, exatamente pelo fato de que os recursos e tecnologias não são autossuficientes e requerem pessoas com talentos e competências variadas para operá-los adequadamente.

O que se observa nas organizações de sucesso, atualmente, é que a valorização do capital intelectual, ou seja, o foco no desenvolvimento das pessoas, tem influenciado de forma positiva em seus resultados. Isso se dá, principalmente, pela criação de uma postura flexível no que se refere à mudança, maior eficácia nos processos de trabalho, na comunicação e maior engajamento das equipes.

No entanto, há necessidade de saber gerenciar e desenvolver o capital intelectual para que a informação e conhecimento realmente sejam utilizados e

agreguem valor às organizações. Nesse sentido, cabe ao setor de Recursos Humanos - RH integrar-se cada vez mais ao negócio para ocupar o seu papel como um componente estratégico.

Nesse sentido, a Política de Recursos Humanos da Agir, já praticada com sucesso nas demais unidades sob sua gestão, traz o enfoque para a Gestão por Competências, por entender que esse modelo de gestão constitui uma ferramenta propulsora altamente capaz de transformar e viabilizar o crescimento organizacional.

Esse modelo apresenta o caminho para que a instituição possa criar estratégias para o aproveitamento do seu capital humano e, assim, obter o máximo resultado da produtividade de cada colaborador, dando oportunidade de crescimento profissional para os mesmos e para a Unidade como um todo.

Com a finalidade de ampliar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos colaboradores para que eles desempenhem suas funções com maior efetividade, promovendo o autodesenvolvimento e o crescimento do negócio em si, a Agir desenvolveu um conjunto de ações, ferramentas e programas pautados na eficiência da gestão de pessoas, conforme destacado abaixo:

UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS TOTVS RM COMO FERRAMENTA DE GESTÃO

A Agir utiliza o Sistema RM desenvolvido pela TOTVS, empresa líder no mercado de ERPs no Brasil. Esse sistema é uma ferramenta de gestão de RH capaz de promover, em conformidade com a legislação e com a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, o controle das rotinas de processamento do departamento pessoal, segurança e saúde ocupacional, recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento humano, possibilitando cadastrar informações importantes para as entregas das obrigações trabalhistas, incluindo o processamento da folha de pagamento, extração e análise dos dados, emissão de relatórios e apresentações gerenciais.

O Sistema RM faz o gerenciamento de RH, transformando a gestão de pessoas em uma atividade estratégica. Ele permite administrar com eficiência

todas as subáreas, reduzir custos do departamento e automatizar os processos, desburocratizando as rotinas de administração de pessoal da Agir.

Através dos cadastros e registros mantidos na ferramenta, a OSS alcança maior segurança das informações, viabilizando um controle sobre o negócio, o que auxilia nas tomadas de decisão e garante resultados mais assertivos, desde o planejamento até a execução.

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

A Pesquisa de Clima Organizacional corrobora para a realização de mapeamento e diagnóstico da dinâmica organizacional, a partir da ótica dos colaboradores. Consciente dos impactos dessa avaliação, a Agir fortalece o engajamento e o bem-estar organizacional, obtendo, com essa ferramenta, um importante balizador de suas iniciativas.

A referida pesquisa é um recurso democrático, comumente utilizado com propósito de desenvolver práticas alinhadas às demandas emergentes. A ideia central é a de que a opinião coletada dos colaboradores pode ser convertida em oportunidades de progresso para a OSS, tanto no aspecto de validação das percepções ali contidas, quanto na oportunidade de melhoria comunicacional. Isto se considerado que, por vezes, identificam-se déficits conceituais relativos às políticas implantadas e não necessariamente, ausência de políticas.

Na prática da Agir, a análise dos resultados da pesquisa e a delimitação do plano de ação não se confundem com diagnóstico setorial ou avaliação de desempenho. Porém, numa perspectiva sistêmica, o desfecho da pesquisa favorece a consolidação da imagem organizacional perante seu público interno e externo, bem como o aperfeiçoamento das políticas de gestão da OSS.

A Agir aplica a pesquisa de clima de forma virtual, garantindo amostra em ampla escala, acesso prático e ágil, com levantamento dinâmico de dados e leitura segura de resultados. A efetividade desse processo demanda controle, monitoramento e avaliação, ciclicamente, conforme é realizado pela OSS.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE LÍDERES

A Agir promove um programa de desenvolvimento voltado ao preparo, aperfeiçoamento e instrumentalização de lideranças, no âmbito formal e sucessório.

A abordagem teórico-prática foi escolhida como possibilidade de aliar a instrumentalização a reflexões de cunho comportamental, focada no desenvolvimento de competências, ou seja, conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes incorporadas ao “Saber”, “Saber Fazer” e “Querer Fazer”, respectivamente.

Esta iniciativa fundamenta-se em ações sistematizadas, orientando-se por ofertar uma experiência de aprendizagem focada no desenvolvimento e autodesenvolvimento, bem como aquisição e aprimoramento de competências, foco em resultados e alinhamento aos objetivos da OSS.

Em suma, a formação de líderes da Agir baseia-se numa modelagem de fortalecimento da identidade organizacional e responsabilidade pessoal, consideradas a junção do capital humano, institucional e da informação, permeada pelo cenário interno e externo.

CAMPANHA DO RESPEITO GERA RESPEITO

A “Campanha Respeito gera Respeito” originou-se de uma iniciativa da gestão da Agir, objetivando a intensificação de atitudes promotoras de bem-estar no ambiente laboral, pautadas no respeito mútuo.

Mensalmente, uma equipe é responsável por tratar um tema relacionado às práticas e valores humanos que refletem o propósito da Agir e contribuem com a construção de um ambiente mais saudável, harmônico, integrador e acolhedor.

Os temas apresentados na figura abaixo são abordados por meio de textos, vídeos e dinâmicas, sendo a divulgação realizada nos diversos canais de comunicação da Agir.

Figura 11 - Temas da Campanha do Respeito.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

As temáticas favorecem atitudes afirmativas como fator de melhoria do ambiente de trabalho, o que repercutirá na formação de hábitos - traduzidos em comportamentos - que acompanharão o profissional em sua atuação junto à sociedade.

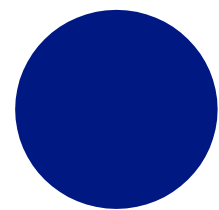
A Campanha não se restringe a um serviço, tampouco prevê uma atuação departamentalizada. Antes, oportuniza a experiência de uma ação conjunta, realizada de pessoas para pessoas, estimulada na prática do que faz a diferença.

Essa visão integrada favorece a conscientização de todos os profissionais da Agir sobre a importância de se cultivar o respeito no ambiente de trabalho, na consideração às diferenças individuais e empatia, para a construção de uma cultura justa e alinhada aos valores e propósito da OSS.

PROGRAMA ESTAMOS JUNTOS

O Programa Estamos Juntos apresenta como eixo estruturante a premissa de que profissionais de uma instituição necessitam estar alinhados aos preceitos norteadores desta para ordenamento pessoal e funcional.

O Programa está em consonância com os objetivos estratégicos da OSS e seu direcionamento aponta para a transformação da cultura organizacional, incidindo de forma positiva sobre os colaboradores de todas as unidades geridas pela Agir.



A sua execução propõe a promoção de inúmeros momentos e espaços para discussões e reflexões, realizados de forma presencial e on-line, sendo que alguns desses momentos são exclusivos para os líderes das instituições.

As ações do programa beneficiam profissionais diretos e prestadores de serviços indiretos, estabelecendo o acolhimento, o engajamento, a capacitação e a integração dos colaboradores, independente do vínculo empregatício.

SISTEMA INTEGRADO DE GERENCIAMENTO DE EPIs - SIGEPI

O SIGEPI é um sistema desenvolvido pela Agir que utiliza tecnologias modernas para auxiliar no processo de solicitação e entrega de Equipamento de Proteção Individual - EPI, com registro de assinaturas, relatórios e indicadores.

O principal objetivo do sistema é garantir a entrega assertiva dos EPIs aos profissionais, proporcionando segurança e confiabilidade dos dados relativos ao uso desses equipamentos.

O sistema traz agilidade no processo das entregas, redução das filas na dispensação, relatórios on-time dos solicitantes e arquivos armazenados em nuvem, reduzindo gastos com papéis e espaço para alocação.

Assim, a utilização do sistema nas unidades geridas pela Agir torna possível ganhos na eficácia do gerenciamento e controle dos EPIs, proporcionando ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT o acesso a dados importantes de serem monitorados pelo setor. Por exemplo, com o sistema é possível identificar colaboradores com gasto excessivo de produtos, ou aqueles que não estão retirando a quantidade de EPIs necessária para a conformidade preconizada pelas normas regulamentadoras.

Figura 12 - Tela principal do SIGEPI.



Fonte: Sistema SIGEPI.

IV. GESTÃO DE QUALIDADE E COMPLIANCE

A Agir possui práticas integradas em Compliance e Qualidade, conectando a padronização e melhoria com as ações para a conformidade dos processos, por meio de uma postura preventiva ao gerenciar riscos e canais de escuta para as partes interessadas.

A instituição desenvolveu um método em que a qualidade se interliga com o compliance, a partir da perspectiva de que este trabalha para prevenir, avaliar e responder, como frente de atuação para a integridade e para a melhoria contínua.

As atividades pautam-se em uma abordagem educativa, promovendo alinhamentos e capacitações com foco no aumento da performance, redução dos desperdícios e entrega de valor aos clientes da Agir.

Ao implantar uma nova unidade, a Agir aplica uma metodologia pautada pela trilogia de Juran, que versa sobre a sistematização, controle e aperfeiçoamento da qualidade, ao priorizar esforços para que os processos estejam devidamente mapeados e contratualizados entre as partes, para que os possíveis riscos sejam mitigados a partir da realização de práticas de controle e, ainda, para que os resultados sejam analisados criticamente e possibilitem mudanças positivas nas tarefas.

Essas ações são realizadas por meio da implantação e manutenção da Política Institucional de Compliance e Qualidade, composta pelo Programa de Integridade e pelo Programa de Compliance e Qualidade.

Compreende-se que as práticas estruturadas na metodologia unificada da Agir para a atuação do Compliance e Qualidade são efetivas ferramentas para a melhoria contínua dos processos de saúde. Tais práticas incluem:

- Gestão por Processos;
- Gestão de Riscos;
- Gestão de Resultados;
- Auditoria Interna;
- Gestão Documental;
- Programa de Integridade;
- Cultura Justa;
- Segurança do Paciente;
- Canal de Denúncias;
- Políticas Institucionais, e outras.

PROCESSOS DE CERTIFICAÇÕES

Ao iniciar a gestão de uma nova unidade, a Agir também realiza um diagnóstico de possíveis certificações e creditações pertinentes ao perfil da instituição, visando a busca do reconhecimento da sociedade para os resultados de excelência ofertados.

Como um processo educativo, os projetos de certificação/acreditação contribuem para uma maior agilidade na implantação dos sistemas de gestão voltados ao Compliance e Qualidade, bem como dos temas envolvidos nessas práticas.

A partir do olhar de avaliadores externos especializados, as melhorias propostas por meio das avaliações para certificação/acreditação oportunizam uma análise sistêmica da instituição, baseados em requisitos sólidos e validados em nível nacional e internacional. Como exemplo, cita-se ONA, International Organization for Standardization - ISO, Health Information and Management Systems Society - HIMSS, Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde - QUALISS, e tantos outros selos e certificados que podem

ser conquistados por meio de estratégias bem definidas pela direção estratégica, associado aos objetivos definidos pelo contratante.

V. GESTÃO CONTÁBIL FINANCEIRA

No que tange especificamente à gestão administrativa e financeira, a Agir norteia-se por princípios, valores e fundamentos voltados inteiramente ao bom uso e aplicação dos recursos públicos a ela delegados.

Para tanto, como foco corporativo, a OSS implementa, cotidianamente, ferramentas de controle financeiro e de segurança patrimonial, que visam dar garantia, integridade, conformidade e, principalmente, transparência às suas operações financeiras, fiscais e contábeis.

Os recursos financeiros direcionados, recebidos e/ou gastos no HECAD, serão geridos por meio de previsibilidade e acompanhamento de execução de caixa, visando a aplicabilidade plena nas atividades e processos da Unidade.

As regras e diretrizes absorverão e atenderão ao preconizado no instrumento de contrato entre as partes, bem como às normativas contábeis aplicáveis à área de serviços em saúde, com destaque para a Interpretação Técnica Geral - ITG 2002 (R1) – Entidade sem fins lucrativos e Comitê de Pronunciamentos Contábeis - CPC 07 (R1) – Subvenção e assistência governamental.

Os recursos oriundos do SUS para operação ou investimento, necessários ou passíveis de complementação, serão captados e aplicados respeitando-se as regras de financiamento, gestão e gerência do sistema, com consentimento da contratante ao custeio das atividades ou investimentos voltados à ampliação e melhoria dos serviços, da estrutura física ou renovação tecnológica.

A Agir terá o gerenciamento financeiro da Unidade centralizado na sede da OSS e submeterá à contratante, periodicamente ou a qualquer tempo em que for demandada, conforme interesse público, prestação de contas de suas atividades, contendo composição das metas e resultados alcançados, devidamente acompanhados de demonstrativos financeiros e contábeis

referentes aos gastos e receitas efetivas, bem como as mutações patrimoniais, em conformidade com os norteamientos emanados pelos órgãos reguladores a que estiverem sujeitas.

Destaca-se a irrestrita probidade alinhada ao planejamento estratégico e compliance institucional como pilar no cumprimento de todas as normativas contábeis exaradas pelo Conselho Federal de Contabilidade - CFC e pelo CPC, aplicáveis ao terceiro setor.

VI. ORÇAMENTO E CUSTOS

A Política de Orçamento e Custos da Agir visa o compromisso com a sustentabilidade orçamentária por meio de diretrizes que vislumbram resultados, garantindo o cumprimento dos processos orçamentários, financeiros e de custos.

Os objetivos da Política balizam-se em:

- Esclarecer a origem de receitas recebidas e faturamento gerado pelo atendimento aos pacientes e procedimentos hospitalares realizados (fonte pagadora);
- Direcionar a aplicação de recursos recebidos;
- Otimizar a aplicação de recursos disponíveis;
- Garantir assertividade nas informações geradas pela consolidação dos custos;
- Fornecer conhecimento das composições, evoluções e apropriações de recursos.

A Agir preconiza que a previsibilidade orçamentária e seu acompanhamento serão fundamentados com base nos resultados de consolidação de custos, sendo as projeções orçamentárias pautadas em diretrizes da Instituição e da Contratante, quanto a manutenção e/ou ampliação de estruturas e serviços, vislumbrando cenários macroeconômicos.

A apuração e a consolidação dos custos da Unidade, seguirá a metodologia de Custeio por Absorção, alocando os custos para os diversos centros e agentes do processo produtivo, com foco no direcionamento das

informações gerenciais para fins de tomadas de decisões assertivas pelos gestores, visando a melhoria do desempenho das atividades e, conseqüentemente, a qualidade no serviço prestado à sociedade.

As informações específicas para a apuração e consolidação dos custos serão tratadas nas plataformas Business Intelligence - BI e, também, na Key Performance Indicators for Health - KPIH da Planisa, que possibilita levantar e acompanhar indicadores de custos e performance de unidades de saúde geridas através do modelo de OSS.

Após a coleta dos dados, a metodologia utilizada na Agir para fins de acompanhamento e avaliação acontece por meio de tratativas, lançamentos, importações e cálculos, com obtenção dos resultados estruturados no plano de contas e grupos de centros de custos estabelecidos (Indicador: Taxa/Coeficiente de Execução Orçamentária), em consonância às diretrizes corporativas e àquelas que forem solicitadas pela contratante.

VII. GESTÃO DE CONVÊNIOS E PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Agir detém expertise na gestão integral de convênios estabelecidos pelas esferas municipal, estadual e federal, atuando no acompanhamento de propostas e nas habilitações documentais junto aos órgãos da administração pública.

A OSS responsabiliza-se pela execução administrativa, técnica e financeira, com emissão conclusiva de prestação de contas dos convênios firmados, atendendo aos prazos pactuados, utilizando-se o sistema informatizado de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse por meio de Transferências Voluntárias da União, durante todo o processo.

Ao que se refere a prestações de contas e ações de transparência exigidas pelo Contrato de Gestão estabelecido pela entidade junto aos gestores Municipal e Estadual, quanto às determinações definidas pelo Tribunal de Contas do Estado, a Agir realiza o acompanhamento administrativo e técnico integral junto aos entes governamentais.

A prestação de contas é realizada conforme as diretrizes dos contratos de gestão e suas determinações de periodicidades e informações a serem enviadas. O trabalho é executado conjuntamente com os setores de planejamento das Unidades e com a Gerência Corporativa de Planejamento da Agir, mediante processo de construção e validação das informações e relatórios a serem encaminhados ao Contratante e Órgãos de Controle.

Figura 13 - Validação relatórios de prestação de contas.



(DAF: Diretoria Administrativa e Financeira; DG: Diretoria Geral; SUAOC/SEAPC-Agir: Supervisão de Avaliação e Prestação de Contas/Serviço de Avaliação e Prestação de Contas-Agir; SE: Superintendência Executiva)

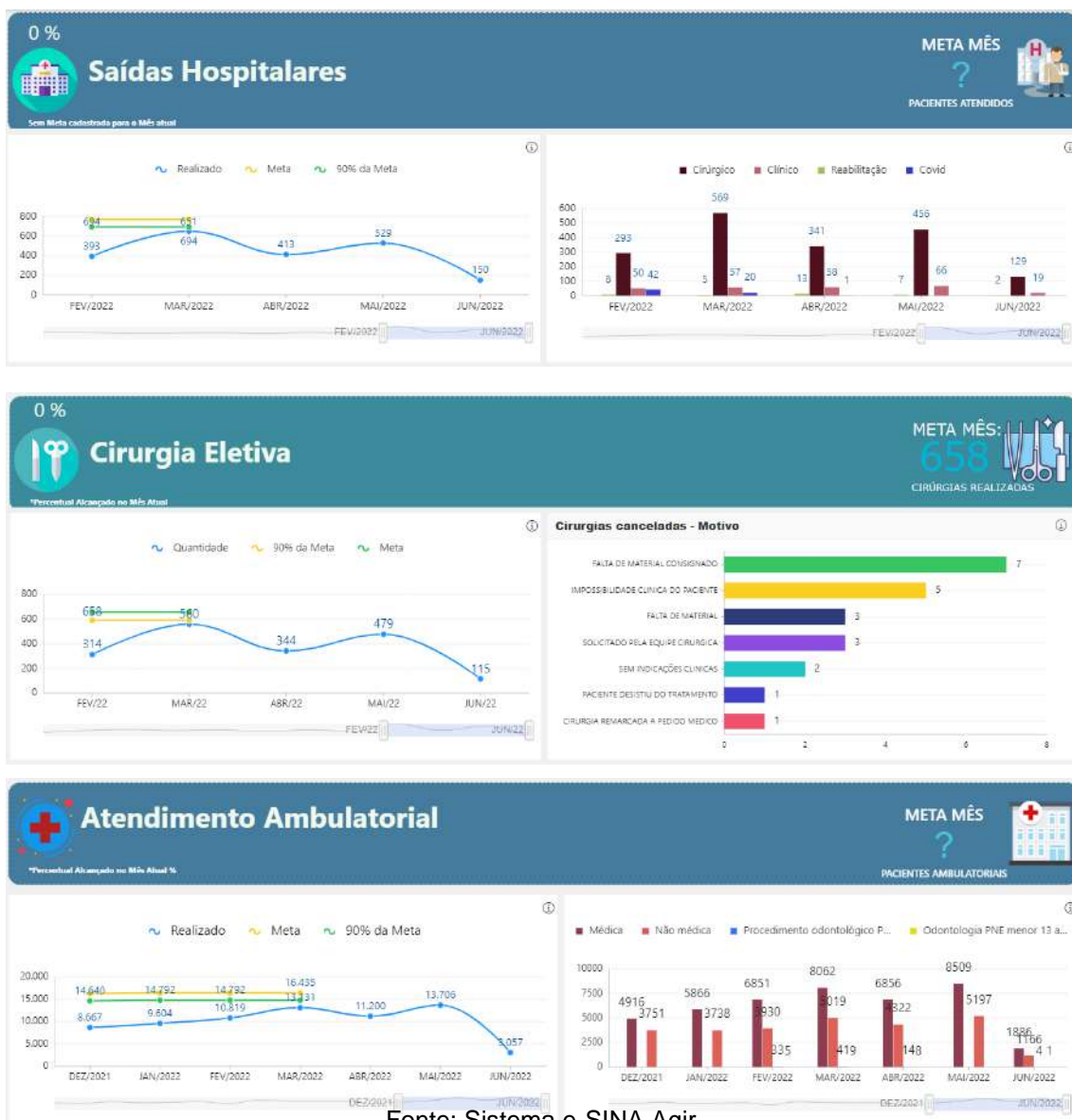
Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS - E-SINA

O Sistema e-Sina é um sistema próprio, desenvolvido pela Agir, que utiliza tecnologias modernas para auxiliar no monitoramento diário dos indicadores dos Contratos de Gestão e indicadores de produção e desempenho.

Esse sistema, também, é responsável por gerar, de forma automatizada, os relatórios de prestação de contas junto ao contratante. Por meio dele é possível realizar ações preventivas e preditivas, com objetivo de garantir alcance de metas ao final de cada período.

Figura 14 - Monitoramento dos Indicadores do Contrato de Gestão pelo sistema e-SINA Agir.

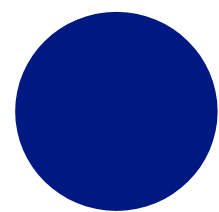


Fonte: Sistema e-SINA Agir.

VIII. GESTÃO DE ABASTECIMENTO E LOGÍSTICA

Todas as unidades hospitalares geridas pela Agir são abastecidas de bens de consumo patrimoniais e serviços, pela Gerência Corporativa de Suprimentos, sendo as aquisições/contratações realizadas seguindo as determinações constantes no "Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações de Compras".

Para estruturação das solicitações de ressuprimento, a Agir utiliza a ferramenta de gestão da cadeia de suprimentos GTPlan. Tal solução viabiliza a



estruturação das solicitações de aquisição embasadas no histórico de consumo, curva ABC, XYZ, desvio padrão, dentre outras variáveis, corroborando para a redução do valor de estoque e majoração do nível de serviço dos insumos padronizados na Unidade (disponibilidade dos itens).

Além da estruturação do ressuprimento das Unidades, a GTPlan contempla uma série de módulos que contribuem para todos os níveis estratégicos ligados à gestão de abastecimento e logística, dentre eles:

- Gestão de contratos de fornecimento com acompanhamento do consumo das cotas e vigência desses;
- Desenvolvimento de fornecedores, com soluções como a avaliação, *checklists* e *ranking* de fornecedores;
- Integração com as notas fiscais emitidas, possibilitando a estruturação de um repositório;
- *Follow up* das pendências de entregas de maneira sistêmica, com integração das informações alimentadas pelos fornecedores;
- Painéis de gestão personalizáveis conforme demanda do usuário.

No processo de aquisição dos insumos demandados nas Unidades geridas pela Agir utiliza-se o e-Doc para o registro processual dos documentos ligados à aquisição, tais como a solicitação de compras devidamente autorizada, os comprovantes de publicização, as cotações, os pareceres técnicos, os relatórios de conclusão e as autorizações da aquisição.

Destaca-se que, visando a manutenção das Unidades, a Agir realiza todas as aquisições de produtos e serviços por meio do Portal e-Compras Agir, uma ferramenta de desenvolvimento próprio da Instituição.

Para participar dos processos de contratações, os fornecedores podem realizar o cadastro gratuitamente neste portal, bastando para isso preencher o formulário de cadastro e anexar os documentos solicitados. A partir daí, as empresas cadastradas recebem avisos de abertura e encerramento de cotações e podem acompanhar todas as etapas do processo por meio dele.

Desta forma, a Agir possibilita ampla participação de fornecedores, o que garante maior concorrência entre esses e a aquisição de insumos aprovados pelo menor valor apresentado no certame.

O Portal e-Compras Agir resulta em economicidade, ética, inovação e agilidade, através de um processo organizado e eficaz. Ressalta-se, ainda, que tal solução oferece total transparência ao processo de aquisição, estando em conformidade com a LGPD.

Outra etapa de grande criticidade e relevância é o recebimento do produto ou serviço na Unidade. Nesta fase é realizada a conferência das informações constantes na ordem de compra ou contrato, analisando se as condições apresentadas pelo fornecedor estão em conformidade com o negociado com a Gerência Corporativa de Suprimentos.

Destaca-se a necessidade de conferência qualitativa e quantitativa dos materiais entregues. Em caso de inconformidade da entrega, o responsável pelo recebimento do produto ou serviço, com apoio da estrutura do solicitante, será orientado a realizar as tratativas necessárias, como a recusa de entrega, solicitação de carta correção, entre outras. Vale ressaltar que o fornecimento deverá ser devidamente atestado pelo solicitante ou pela pessoa responsável por tal ação, assegurando a conformidade da aquisição.

Após a etapa do recebimento, tem-se a fase do armazenamento (guarda) dos insumos recebidos, que será realizado pelo Serviço de Almoxarifado da Unidade, em conformidade ao endereçamento do estoque, o qual proporá a melhor disposição considerando consumo, segmentação, quantidade, volume e peso dos itens.

As normas de segurança patrimonial e sanitária serão rigorosamente seguidas, respeitando-se a acessibilidade e observando-se barreiras físicas contra aves e roedores, buscando priorizar locais de fácil higienização e que, principalmente, poderão permitir o rastreamento do item desde sua chegada até a sua destinação final.

A armazenagem de medicamentos termolábeis será feita de acordo com as recomendações do detentor do registro, em meio que seja qualificável termicamente. Os equipamentos envolvidos na armazenagem desses

medicamentos possuirão, além da fonte primária de energia elétrica, uma fonte alternativa capaz de efetuar o suprimento imediato de energia, no caso de falhas da fonte primária.

Os medicamentos sujeitos ao regime especial de controle serão guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico, conforme determina a Portaria nº 344/1998.

e-COMPRAS

O Portal e-Compras é uma plataforma web concebida exclusivamente para a gestão do processo de aquisição de bens e serviços na Agir. Cuidadosamente desenvolvido, o portal caracteriza-se pela sua modularidade, capacidade de integração com sistemas ERPs, disponibilidade de banco de dados próprio e interface amigável para os usuários.

Estruturado para centralizar todas as informações transacionais em um único software, o Portal e-Compras garante, de forma harmônica, a criação de modalidades distintas de negociações e compras, sendo permitidas alternativas de aquisições individuais, conjuntas ou híbridas, aplicadas em formatos tanto de cotação quanto de pregão.

Conforme destacado anteriormente, como diferencial está o seu caráter democrático em permitir a possibilidade de participação de qualquer fornecedor, de forma gratuita, em todos os processos de aquisições da Agir.

Além das funcionalidades e vantagens descritas, a plataforma proporciona valiosos benefícios para os gestores participantes, como por exemplo a visualização do histórico de compras, a automatização do fluxo de aprovação das etapas, a transparência nos registros das interações realizadas pelo usuário a partir da gravação automática das ações e o monitoramento da performance por meio de indicadores.

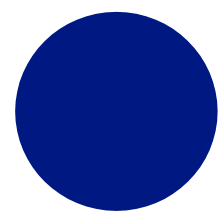


Figura 15 - Tela inicial do Portal e-Compras Agir.



Fonte: Portal e-Compras Agir.

IX. GESTÃO DE INFRAESTRUTURA E MANUTENÇÃO

Para garantia do completo funcionamento das unidades de saúde, faz-se necessária toda a gestão da infraestrutura. E para isso, a Agir realiza atividades de manutenção de forma preventiva e preditiva, em todas as edificações, sistemas e equipamentos.

A OSS utiliza de processos, procedimentos e planos de manutenção. A gestão desses serviços é realizada por meio de softwares de gerenciamento, através dos quais se consegue, on-time, verificar eventuais desvios e realizar as devidas intervenções. Estas ações, por sua vez, possibilitam, também, identificar a necessidade de atualização de sistemas de infraestrutura, equipamentos e até mesmo de realização de novas obras de melhorias e adequações.

Para a execução de obras, sejam elas de melhorias, adequações ou até mesmo ampliações necessárias nas unidades de saúde, a Agir conta com equipes de planejamento e gestão, que identificam as necessidades e realizam, desde a concepção dos projetos até a entrega total das obras, o monitoramento de todas as atividades.

É importante ressaltar que, para a execução das obras, a Agir preza pelo cumprimento total das normas, utilizando-se de fornecedores e prestadores de serviços qualificados, os quais são contratados por meio de processos exigentes e transparentes.

Todas as ações relativas à infraestrutura visam sempre garantir o bem-estar dos pacientes, usuários e colaboradores das Unidades.

ENGENHARIA CLÍNICA

O serviço de Engenharia Clínica da Agir trabalha em sinergia com as normas e com o planejamento estratégico das Unidades, através de processos mapeados e documentos padronizados, pautados nos requisitos aplicáveis pelo manual da ONA e norma ISO 9001:2015. Além disso, o referido serviço desenvolve gestão de riscos e de criticidade, que norteiam as atividades do setor.

A Engenharia Clínica conta com o gerenciamento em gestão à vista em tempo real do parque tecnológico, onde são avaliados parâmetros, tais como o risco de colapso dos setores das Unidades em função da indisponibilidade de seus equipamentos, parametrizados pelas criticidades e importância deles para o setor. Além disso, informações como o tempo para atendimento das ordens de serviço, bem como, alertas informativos para garantir a operação dos equipamentos são constantemente monitorados.

Pensando na segurança dos pacientes e colaboradores, a Engenharia Clínica realiza treinamentos com planejamento anual, amparado por um sistema de validação da eficiência dos treinamentos, que norteiam os assuntos que serão abordados no ciclo subsequente.

Ademais, a operacionalização dos equipamentos médicos e os fluxos da Engenharia Clínica são abordados em treinamentos introdutórios específicos para este fim. Também, para garantir que todos tenham acesso aos conteúdos essenciais, os equipamentos das Unidades contam com QR codes que direcionam os operadores a treinamentos customizados.

Além do exposto, a Agir trabalha com sistemas de execução e controle de manutenções preventivas, calibrações, análise de segurança elétrica e qualificação dos equipamentos médicos.

PLANO DE IMPLANTAÇÃO DE NOVAS UNIDADES DE NEGÓCIO - PLIM

A Agir desenvolveu e utiliza como metodologia, o Plano de Implantação de Novas Unidades de Negócio – PLIM, um sistema próprio da OSS que usa tecnologias modernas para auxiliar no processo de implantação de novas Unidades.

Os objetivos deste sistema incluem:

- garantir assertividade no gerenciamento de ações relacionadas aos planos específicos, trazer agilidade no processo de implantação de novas Unidades;
- controlar as ações voltadas para os novos negócios;
- introduzir, de forma sistêmica e coordenada, as ações necessárias para alcançar os objetivos das tarefas, a mobilização de recursos e insumos;
- realizar outras atividades que estejam relacionadas com o planejamento de implantação de unidades a serem geridas pela Agir.

Além disso, por se comportar como um framework de implantação de novas unidades, o PLIM permite um gerenciamento fácil, intuitivo e organizado, com modelos pré-definidos de unidades hospitalares.

Todas as tarefas são dinamicamente alimentadas, gerando informações em gráficos que auxiliam nos resultados em real time, apoiando a tomada de decisão dos gestores envolvidos no processo.

X. GESTÃO DE PROJETOS E INOVAÇÃO

A gestão por projetos exige estratégia, foco e gestores capacitados. Isso acontece, principalmente, por não se tratar de uma abordagem inteiramente nova, mas extremamente requisitada e necessária diante da transformação digital da atualidade.

Nesse sentido, o gerenciamento de projetos demanda a aplicação de conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas às atividades do empreendimento para atender aos seus requisitos. Trata-se, portanto, de uma

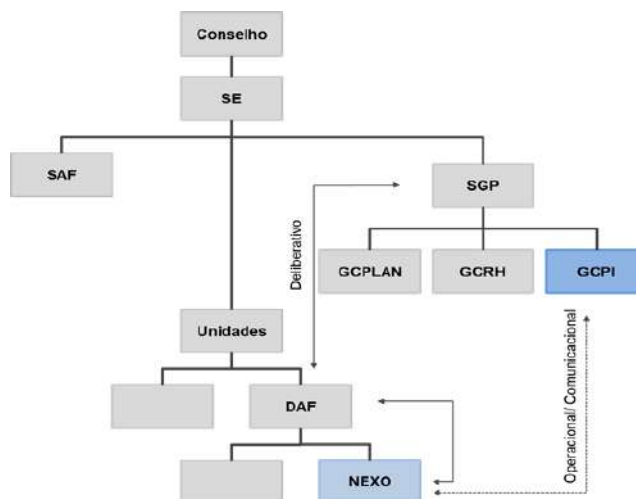
atividade que envolve tanto competências técnicas, quanto habilidades e atitudes de liderança, requerendo inteligência social e emocional.

A gestão por projetos possibilita, de forma estruturada, a padronização dos projetos relacionados com os processos de governança, facilitando o compartilhamento de recursos, metodologias, ferramentas e técnicas. Também, possibilita a transformação de ideias, produtos e setores com inovação disruptiva, pautada nos princípios da simplicidade, conveniência e acessibilidade.

A Gerência Corporativa de Projetos e Inovação - GCPI da Agir tem como objetivo fomentar novos projetos, com definição de processos, produtos e serviços pautados em inovação tecnológica, gerando valor a partir da criatividade e concretização das ações. Essa área é responsável por conduzir, planejar, organizar, controlar e finalizar as atividades dos projetos de maneira sistêmica e tecnológica, direcionados pelo plano estratégico da OSS.

Visando a melhoria contínua dos processos e a inovação assistencial e operacional, a Agir disponibiliza na estrutura organizacional das Unidades o Núcleo de Excelência Operacional – NEXO, sendo este um serviço de referência para a gestão de projetos, inovação e estatística. O Núcleo corrobora com o desdobramento dos projetos estratégicos desenvolvidos na Agir e os implementa em todas as Unidades que compõem o portfólio da OSS, garantindo os padrões de gerenciamento sob sua diretriz e o alcance da estratégia e visão de futuro das Unidades.

Figura 16 - Estrutura Organizacional do Serviço de Projetos e Inovação.



(SE: Superintendência Executiva; SAF: Superintendência Administrativa e Financeira; SGP: Superintendência de Gestão e Planejamento; GCPLAN: Gerência Corporativa de Planejamento; GCRH: Gerência Corporativa de Recursos Humanos; GCPI: Gerência Corporativa de Projetos e Inovação; DAF: Diretoria Administrativa e Financeira; NEXO: Núcleo de Excelência Operacional)

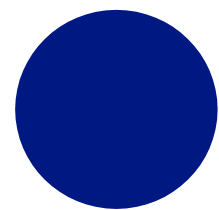
Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

A Gerência Corporativa de Projetos e Inovação - GCPI e os NEXOs das Unidades da Agir baseiam-se no fluxo de gestão em 6 (seis) etapas, que está representado na figura 18 e é descrito a seguir. Tal fluxo norteia as definições e entregas dos projetos e, em casos esporádicos, sofre alterações devido a demandas específicas.

Figura 17 - Fluxo de Gestão de Projetos da Agir.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.



- (1) **Demanda:** A partir da demanda, é gerada a proposta do projeto que, por meio de uma reunião estratégica entre a GCPI e as possíveis partes interessadas - como a Superintendência de Gestão e Planejamento - SGP, NEXO e Diretorias da Unidade - são definidas as prioridades e a metodologia mais adequada (preditiva, ágil ou híbrida) para a execução do projeto.
- (2) **Processos de Iniciação:** Com o projeto estabelecido, seu escopo é delineado e são definidos equipe e prazo de entrega, cuja formalização é realizada por um Termo de Abertura de Projeto - TAP.
- (3) **Processos de Planejamento:** Esta etapa consiste em definir e sequenciar as atividades a serem executadas dentro de um cronograma, que passa por aprovação em reunião específica para essa finalidade.

Após validado as atividades anteriores, estas são formalizadas em sistema e é, então, iniciada a coleta de requisitos para execução.
- (4) **Processos de Execução:** Nesta etapa, apresenta-se o projeto para a equipe envolvida, orientando-a quanto ao gerenciamento da execução até a sua entrega final, implementando melhorias necessárias e celebrando cada resultado.
- (5) **Processos de Monitoramento e Controle:** Nesta etapa, há o controle do cronograma, reportando o desempenho aos envolvidos e monitorando as mudanças através de indicadores.
- (6) **Processos de encerramento:** Corresponde à etapa em que é realizada a entrega do produto final, com encerramento do projeto e celebração dos resultados atingidos.

ESTRUTURA DE GERENCIAMENTO DE PROJETOS

Os projetos gerenciados pela Agir são classificados em 3 (três) tipos, sendo eles:

- **Projetos setoriais:** projetos que podem ser gerenciados pelos setores das Unidades ou do corporativo, com apoio do escritório de projetos local (GCPI ou NEXO). Geralmente, são projetos de menor complexidade e exigem

participação somente de colaboradores do próprio setor ou da mesma área de atuação;

- **Projetos institucionais:** projetos que são gerenciados pelos NEXOs com fluxo comunicacional com a GCPI e, geralmente, envolvem vários setores da unidade de negócio;
- **Projetos corporativos:** são projetos gerenciados pela GCPI e que, geralmente, englobam mais de uma Unidade, contando com apoio dos NEXOs, quando necessário.

GESTÃO DO CONHECIMENTO

A utilização de metodologia para Gestão por Projetos inclui registro e documentação de todas as fases do projeto. Além disso, para cada projeto é feito o registro e compartilhamento de lições aprendidas, sejam elas positivas ou negativas. Essas ações, em conjunto, permitem que, com o passar do tempo, uma base histórica de dados com todos os projetos da Agir e Unidades se forme, promovendo maior maturidade de gerenciamento aos escritórios de projetos.

Além do que foi citado, a equipe de cada projeto é certificada por meio de participação, de acordo com a função executada nele. Assim, a metodologia favorece a gestão do conhecimento e, também, a valorização profissional ao propiciar oportunidade de reconhecimento e crescimento aos colaboradores da OSS.

XI. GESTÃO DA COMUNICAÇÃO E MARKETING

A Gestão da Comunicação e Marketing é um instrumento de gestão estratégica que dinamiza, organiza e coloca em ação a visão da organização com um todo, com a sociedade.

A Agir considera a Comunicação e o Marketing poderosos auxiliares da qualidade operacional e da inovação porque incrementam o diálogo vertical e horizontal, produzindo sinergias, de acordo com a cultura organizacional. Assim, a OSS utiliza essas ferramentas para firmar sua identidade, seus valores e seu posicionamento estratégico.

A Gestão da Comunicação e Marketing no HECAD estará pautada na Política de Comunicação e Marketing da Agir, que é aplicável às Unidades gerenciadas pela OSS. Esta Política tem como propósito a promoção da OSS no que diz respeito à sua atuação junto à sociedade, com divulgação das ações e de seus impactos, bem como a comunicação de processos, fluxos e serviços aos diversos públicos internos e externos.

O propósito é apresentar conceitos que possam promover a implementação de medidas relacionadas diretamente à imagem da Unidade, contribuindo para potencializar a sua visibilidade junto aos mais diversos públicos, ampliando os resultados e promovendo uma comunicação mais efetiva.

O norteamento proporcionado pela referida Política na implementação de ações de Comunicação e Marketing emana a possibilidade de criação de produtos, programas, campanhas e projetos, contribuindo para a sustentabilidade institucional e social, com valorização permanente e crescente da Unidade.

XII. GESTÃO DE ENSINO E PESQUISA

Produzir e compartilhar conhecimento é uma das prioridades da Agir, conforme declarado em sua missão e visão. Neste contexto, a OSS apoia o aprimoramento de profissionais da saúde e gestores da área e estimula a investigação científica para contribuir para uma assistência à saúde de qualidade.

Sempre em busca da transformação das práticas profissionais, a Agir - por meio da inteligência coletiva e colaborativa multiprofissional – instituiu a sua Política de Ensino e Pesquisa. Essa política define as diretrizes que orientam o planejamento, a organização, a coordenação, a execução, a supervisão/acompanhamento e a avaliação das atividades, processos, projetos e programas de Ensino e Pesquisa efetivadas nas Unidades geridas pela Agir, bem como aquelas desempenhadas na própria OSS, com vistas ao desenvolvimento da excelência na gestão, inovação e resultados em saúde.

As normas de procedimentos para se estabelecer as ações de Ensino e Pesquisa estão pautadas nas seguintes diretrizes:

- I. **Interação ensino-pesquisa-comunidade:** Caracteriza-se como um processo multifacetado de relações e de correlações que busca a unidade entre a teoria e a prática na assistência e gestão, tendo como foco a qualidade do serviço prestado à comunidade;
- II. **Interprofissionalidade:** Trata do ensino e pesquisa com ações direcionadas à formação/capacitação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe, com foco no cuidado integral em saúde;
- III. **Desenvolvimento técnico-científico:** Alinhamento entre as ações de pesquisa e qualificação profissional e as demandas na área da saúde, por meio de saberes especializados, porém integrados;
- IV. **Compartilhamento dos conhecimentos práticos de gestão em saúde:** Produção e disseminação de boas práticas de gestão, inovação e resultados em saúde, baseado na experiência da Agir;
- V. **Cidadania e responsabilidade social:** Adoção de uma postura socialmente responsável, com consciência coletiva e protagonismo no desenvolvimento da cidadania.

O CED/Agir é a unidade da Agir prestadora de serviços de formação profissional e gerencial no âmbito da saúde, sendo responsável pela implantação e desenvolvimento da política nas Unidades gerenciadas pela OSS.

Mediante propagação do conhecimento da Agir, sedimentado em assistência e gestão em saúde, o CED/Agir busca formar e desenvolver pessoas e processos, com atuação pautada nos seguintes valores:

- C** - Compromisso com a excelência na gestão e assistência em saúde;
- E** - Ética nos processos formativos e nas pesquisas científicas em saúde; e
- D** - Desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

A Diretoria do CED/Agir, por meio da Gerência Corporativa de Ensino e Pesquisa - GENPES, responde pelo suporte técnico que efetiva a identidade e o modelo de gestão das atividades de ensino, pesquisa e treinamento em todas as Unidades geridas pela Agir. Além disso, também cabe ao CED/Agir:

- I. Buscar intercâmbio técnico-científico com Instituição de Ensino Superior – IES e de saúde, nacionais e estrangeiras, para execução de projetos educacionais e de produção de conhecimento;

- II. Incentivar a realização de pesquisas científicas, visando o desenvolvimento profissional e educação permanente de profissionais que atuam nas Unidades sob a gestão da Agir;
- III. Monitorar e divulgar os resultados de pesquisas desenvolvidas nas Unidades geridas pela OSS, objetivando a disseminação do conhecimento produzido e a intensificação dos impactos gerados pelas pesquisas realizadas nas instituições;
- IV. Mapear editais e credenciamento a programas para desenvolvimento de pesquisas científicas e fornecer subsídios técnicos para o fomento à pesquisa junto aos órgãos competentes;
- V. Coordenar a formulação e a implementação de políticas, programas e ações de avaliação de tecnologias e inovação em saúde na organização;
- VI. Organizar e promover serviços de assessoria e consultoria em saúde nas dimensões estratégica e tática/operacional, disponibilizando à sociedade a experiência e o pioneirismo da Agir no contexto de gestão em saúde.

De maneira geral, a Política institucional de Ensino e Pesquisa da Agir considera 4 (quatro) macroprocessos:

- I. **Educação para Gestão em Saúde:** Processos educacionais direcionados para a capacitação em gestão de serviços e sistemas de saúde;
- II. **Educação para Assistência em Saúde:** Processos educacionais direcionados para aprimoramento das práticas assistenciais do profissional de saúde;
- III. **Soluções Corporativas:** Aprendizagens experienciais e customizadas para profissionais e empresas, tendo como prioridade a obtenção, manutenção e disseminação do conhecimento produzido pela Agir;
- IV. **Desenvolvimento de Projetos e Pesquisas Científicas:** Desenvolvimento e acompanhamento de pesquisas e projetos realizados na Agir ou nas Unidades geridas por ela, conforme fluxo estabelecido em diretriz própria.

Cada um destes macroprocessos abrange atividades, projetos e programas que podem resultar nos seguintes produtos:

- Cursos de curta, média ou longa duração (carga horária mínima de 4 horas), realizados de forma presencial ou em Ambiente Virtual de Aprendizagem - AVA;
- Programa de Educação Permanente em Saúde, com formações próprias do CED/Agir ou em parceria com entidades públicas ou privadas, tais como estágios curriculares e eletivos; Programas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde (Uni e Multiprofissional); Aperfeiçoamento profissional; Treinamento Avançado em Medicina.
- Banco de Pesquisadores e Facilitadores da Aprendizagem, com cadastro de profissionais da Agir que atuam ou desejam atuar como pesquisadores e/ou facilitadores de aprendizagem nos macroprocessos da política.
- Programa Científico, com ações voltadas ao desenvolvimento e monitoramento de pesquisas realizadas nas unidades geridas pela Agir, com criação de linhas de pesquisa prioritárias de acordo com o perfil das unidades de saúde e estruturação do Comitê de Ética em Pesquisa próprios das Unidades geridas pela Agir.
- Avaliação de Tecnologias em Saúde, com produção de notas técnicas contendo evidências de eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário das tecnologias em saúde, conforme demanda da alta direção da Agir.
- Eventos Científicos, para promover e incentivar pesquisadores, profissionais, estudantes e interessados em diversos âmbitos do saber, para discutir e atender as diversas questões científicas, atuando também como plataforma de divulgação para os trabalhos científicos produzidos nas unidades geridas pela Agir.

Neste sentido, a Gestão de Ensino e Pesquisa é um diferencial da Agir, sendo considerada uma área estratégica dos processos de sustentação e finalístico, conforme a cadeia de valores da organização. Ela tem sido cada vez mais decisiva para a inovação e o desenvolvimento dos métodos de trabalho e geração de conhecimento nas unidades. A Agir levará ao HECAD o modelo de aplicação do Ensino e Pesquisa para o dia a dia da Instituição.

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE EM ATENÇÃO AO CUIDADO PEDIÁTRICO.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS (2007), a Análise de Situação de Saúde - ASIS é um processo analítico sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população. Esta inclui a análise dos danos ou problemas de saúde, bem como de seus determinantes, o que facilita a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação do impacto dessas ações.

Conceitualmente, a ASIS é uma metodologia de análise na qual o observador tem a intenção de definir a realidade de um determinado espaço populacional, partindo dos problemas identificados para, posteriormente, analisar seus determinantes sociais, econômicos, biológicos, ambientais ou ecológicos e de serviços de saúde, levando em conta a perspectiva dos atores sociais para definir com eles prioridades comuns.

Desta forma, torna-se imprescindível que a gestão de saúde, conheça a situação de saúde de uma população para melhor intervir. Nesse caso, o uso crítico e estratégico da ASIS tem explícito comprometimento com a melhoria da qualidade da intervenção, retroalimentando os sistemas de atenção à saúde, assim como permite o monitoramento da efetividade das intervenções, entre outras finalidades (BRASIL, 2015).

Pediatria, do grego pais, paidos, “criança”, e iatreia, “Medicina”, é a Medicina da criança. Puericultura vem do latim puer, “criança”, e cultura, “criação”. De acordo com o Novo Dicionário Houaiss, Puericultura é a ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças, desde o período da gestação até a puberdade.

Nesta análise serão utilizadas as fontes de dados secundários da produção dos serviços de saúde, registrados nos sistemas nacionais de informação em saúde, e outras fontes de sistemas de informação, em especial

as que se relacionam com a assistência em atenção à saúde da criança e adolescente.

As informações produzidas são vitais para o desenvolvimento eficiente da gestão da Agir no HECAD, com vistas a ofertar assistência qualificada na Unidade.

Considerando-se as transformações sociais, econômicas, políticas e tecnológicas ocorridas na Medicina, principalmente no Século XX, a Pediatria foi uma das especialidades mais atingidas por essas mudanças.

1. PANORAMA DA PEDIATRIA NO BRASIL

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP, em um levantamento realizado em 2019, havia cerca de 285 mil profissionais de Pediatria no Brasil, à época. Esse levantamento revelou que os pediatras representavam 10,3% do total de médicos especialistas no país, distribuídos em 55 áreas de atuação.

Com esse número, a Pediatria consolidou-se como a segunda maior especialidade médica do país, atrás apenas da Clínica Médica. Porém, a distribuição nos Estados ainda é desigual. Estima-se que 55% dos especialistas em Pediatria estão na região Sudeste do país. Considerando o número total de profissionais desta especialidade, é possível afirmar que havia 18,89 Pediatras para cada grupo de 100 mil habitantes

Essa especialidade atende os problemas das crianças por meio de 2 (duas) formas: a Puericultura, que cuida de prevenção e manutenção das condições de normalidade, e a Clínica Pediátrica ou Pediatria Curativa, que cuida de sua restauração, quando alterada.

Os Pediatras, essenciais tanto ao sistema de saúde quanto à população, são precursores do Médico de Família, ouvindo, discutindo, aconselhando e acompanhando seus pacientes no contexto familiar. Não se pode pensar em um paciente pediátrico sem pensar na família. Assim se comportam pensamento e ação do Pediatra, prevenindo doenças, acidentes e violência (BRASIL, 2014).

Ressalta-se que o Pediatra, enquanto figura de confiança do paciente, de sua família e da sociedade, é essencial tanto ao sistema de saúde quanto à população, pois é ele quem ouve, discute, aconselha e acompanha seus pacientes no contexto familiar, tratando não apenas da doença, mas, sobretudo, do doente, e atuando na prevenção de doenças e na promoção da saúde (OPAS, 2007).

Diante do estado atual de avanço tecnológico em todas as áreas do conhecimento, especialmente na Medicina, é fundamental e necessário que se resgate o papel do Médico Pediatra, apesar das mudanças nas relações de trabalho, nas formas de remuneração, na formação cada vez mais especializada e nas condições de trabalho aviltantes.

No Brasil, os poucos levantamentos realizados revelam uma média de 7,5 consultas de Puericultura no primeiro ano de vida, com maior incidência em classes mais altas.

2. PERFIL DA MORBIMORTALIDADE NA INFÂNCIA

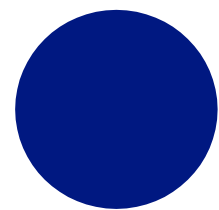
Em 2018, estimava-se que o Brasil tinha 68,8 milhões de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos de idade, e quase 2 em cada 5 residentes do país nessa faixa etária concentravam-se na Região Sudeste (IBGE).

Em uma análise regional, por outro lado, nota-se que a Região Norte é a que apresentava a maior proporção de crianças e adolescentes, superando 41% de sua população, conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 18 - População de crianças e adolescentes por Região do Brasil, 2018.

Grandes Regiões	População total	População entre zero e 19 anos de idade	% da população entre zero e 19 anos de idade
Região Norte	18.182.253	7.562.563	41,6
Região Nordeste	56.760.780	20.576.797	36,3
Região Sudeste	87.711.946	26.251.225	29,9
Região Sul	29.754.036	9.053.985	30,4
Região Centro-Oeste	16.085.885	5.387.297	33,5
Brasil	208.494.900	68.814.817	33,0

Fonte: Estimativas populacionais produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e enviadas ao Tribunal de Contas da União (TCU), estratificadas por idade pela Fundação Abrinq (2018).



No tocante à saúde da criança e do adolescente, as tendências observadas nas últimas décadas evidenciam a redução na incidência de doenças agudas graves e o crescimento e concentração da morbidade e mortalidade por condições crônicas.

Nos últimos 50 anos, o desenvolvimento de novas vacinas, antibióticos mais efetivos e outros medicamentos, os avanços da terapia intensiva neonatal e pediátrica, assim como os da cirurgia pediátrica, ao mesmo tempo que melhoraram a sobrevivência desse grupo deixaram efeitos que acabaram por determinar outras necessidades de estrutura, perfil e organização dos serviços de atenção à saúde de crianças e adolescentes, somadas às de adaptações na formação e habilitação de especialistas envolvidos nesse tipo de assistência.

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, a assistência hospitalar pediátrica até bem poucos anos atrás era voltada para o tratamento de doenças agudas, tais como diarreia, verminoses, doenças respiratórias, e outras doenças infecciosas. Atualmente, a estrutura, os conceitos e a lógica de organização dos serviços ambulatoriais e hospitalares disponíveis ainda respondem a esse perfil de adoecimento, que vem se configurando como cada vez menos prevalente.

O novo perfil de adoecimento na infância e adolescência com maior proporção de casos caracterizados como crônicos tem resultado em um número maior de crianças e adolescentes que requerem cuidados multidisciplinares e serviços hospitalares mais complexos, fazendo aumentar a demanda por recursos tecnológicos de suporte ao diagnóstico e tratamento.

Além disso, pacientes portadores de enfermidades crônicas podem apresentar complicações, o que requer, muitas vezes, um número maior e um tempo aumentado de permanência hospitalar. As repercussões devastadoras da violência, acidentes e drogadição entre crianças e adolescentes exigem, também, políticas públicas de prevenção e intervenção adequadas, sistêmicas e continuadas.

Aspectos como o diagnóstico do perfil e principais demandas das internações pediátricas por doenças crônicas, dimensionamento das necessidades de recursos diagnósticos e terapêuticos, reabilitação, articulação

das ações de saúde e intersetoriais e a qualificação dos quadros técnicos e responsáveis pela tomada de decisão na saúde da criança e do adolescente são urgentes e necessários para o atendimento integral de crianças e adolescentes que vivenciam a experiência do adoecimento crônico.

3 - INDICADOR 01: MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o primeiro ano de vida. O cálculo da taxa representa o risco de morrer com menos de 1 ano de idade, na população de nascidos vivos, considerado um determinado espaço geográfico e ano, refletindo a qualidade da atenção à saúde da criança.

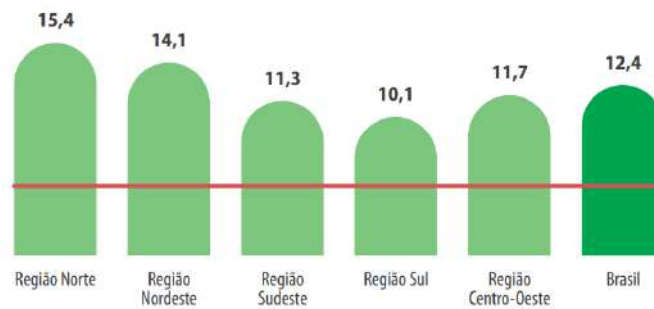
Taxas elevadas de mortalidade infantil estão associadas às insatisfatórias condições de vida, baixa qualidade da prestação de serviços de saúde a esse grupo, desde a assistência pré-natal, parto e aos cuidados de puericultura.

A tendência de declínio observada na mortalidade infantil ocorreu, principalmente, à custa da redução dos óbitos no período pós-neonatal e tem sido atribuída a uma variedade de fatores já amplamente estudados, como intervenções ambientais, fatores relacionados à melhoria das condições de saneamento básico, diminuição da taxa de fecundidade, aumento do nível educacional da população, melhoria das condições socioeconômicas e, mais recentemente, também aos cuidados de saúde e à expansão do acesso aos serviços de saúde.

A mortalidade infantil é um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação de uma cidade, país ou região. Quando ocorre em menores de 5 anos, constitui um indicador chave na avaliação da situação de saúde da população.

Sua inclusão entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM para o período 1990-2015 e entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS para o período posterior até 2030 atesta a sua importância.

Figura 19 - Taxa de mortalidade infantil (para cada mil nascidos vivos) por Região do Brasil (menores de um ano de idade), 2017.



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Nesse sentido, o acompanhamento das taxas de mortalidade na infância representa uma oportunidade para o desenvolvimento de estratégias preventivas direcionadas à redução do risco de morte nessa faixa etária por meio de políticas públicas relacionadas à saúde dessa população.

No Brasil, o contingente populacional de crianças e adolescentes é, ainda, bastante significativo, apesar da sensível queda em suas taxas de natalidade e da redução do número de filhos por mulher.

Em relação à saúde, uma análise da mortalidade de menores de 1 ano, nos últimos anos, revela queda dos valores, passando de cerca de 158 óbitos/1 mil nascidos vivos no período de 1930 a 1940 para 14,5 óbitos/1 mil nascidos vivos em 2013 (BRASIL, 2015).

A taxa de mortalidade infantil em Goiás, em 2020, foi de 11,39 óbitos/1 mil nascidos vivos, sendo que no Brasil, para o mesmo ano, essa taxa foi de 11,5 óbitos/1 mil nascidos vivos. Alguns países chegam a ter a mortalidade infantil menor que 3 óbitos/1 mil nascidos vivos, tais como Islândia, Noruega e Japão.

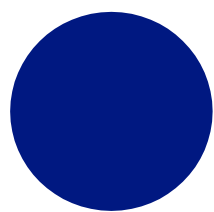


Figura 20 - Série histórica da mortalidade infantil no Estado de Goiás, 2000-2020



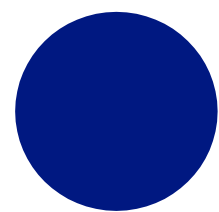
Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2020.

No Brasil, há 6 Estados que estão com a taxa de mortalidade infantil abaixo de 10 óbitos/1 mil nascidos vivos, mas ainda muito longe dos países desenvolvidos. São os Estados do Rio Grande do Sul (8,6 óbitos/1 mil nascidos vivos), Paraná (9,2 óbitos/1 mil nascidos vivos), Santa Catarina (9,3 óbitos/1 mil nascidos vivos), Distrito Federal (9,7 óbitos/1 mil nascidos vivos), Espírito Santo (9,7 óbitos/1 mil nascidos vivos) e São Paulo (9,8 óbitos/1 mil nascidos vivos).

Por outro lado, ainda existem Estados que estão com a taxa de mortalidade infantil muito acima de 10 óbitos/1 mil nascidos vivos, como por exemplo, Roraima (18,4 óbitos/1 mil nascidos vivos) e Amapá (18,2 óbitos/1 mil nascidos vivos).

4 - INDICADOR 02: MORTALIDADE NA INFÂNCIA

A taxa de mortalidade na infância é um indicador social representado pelo número de crianças que morreram antes de completar 5 anos de vida para cada



1 mil nascidos vivos em uma população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

De modo geral, expressa o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental precários, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas, o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil, também determinantes da mortalidade nesse grupo etário.

Essa taxa é influenciada pela composição da mortalidade do primeiro ano de vida (mortalidade infantil), amplificando o impacto das causas pós-neonatais a que estão expostas, também, as crianças entre 1 e 4 anos de idade.

A mortalidade na infância é um indicativo do desenvolvimento humano de uma população. No mundo, morreram cerca de 5,2 milhões de crianças menores de 5 anos em 2019, sendo aproximadamente 15 mil/dia. No Brasil, morreram aproximadamente 35.900 crianças menores de 4 anos em 2020, sendo 95/dia.

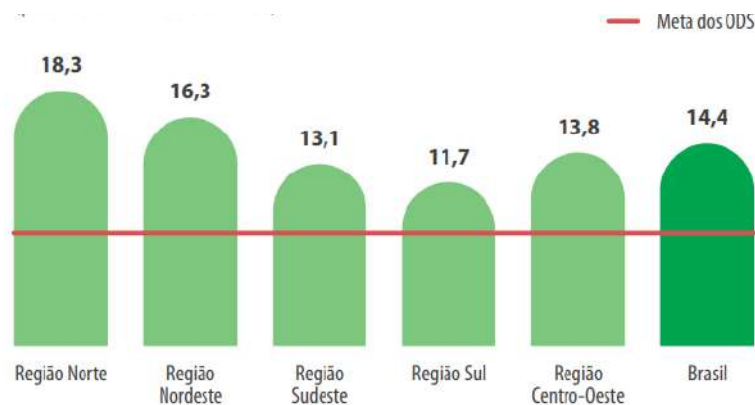
Em Goiás, morreram 1.202 crianças menores de 4 anos por ano, cerca de 3 por dia, no mesmo ano de 2020. Tanto no Brasil quanto em Goiás, aproximadamente 2/3 dos óbitos seriam evitáveis, evidenciando que existe uma necessidade crescente de garantir atenção integral e contínua e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a saúde das crianças.

Nos últimos 25 anos, um declínio importante da mortalidade na infância foi constatado no país, que atingiu a meta 4 dos ODM antes de 2015.

Entretanto, os níveis atuais ainda são elevados, o que torna importante a avaliação do desempenho desse indicador por Estado para a identificação de desigualdades regionais.

A análise das principais causas de morte na infância tem especial relevância para a definição de ações preventivas mais efetivas. A maior parte dos óbitos na infância concentra-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês.

Figura 21 - Taxa de mortalidade (para cada mil nascidos vivos) na infância (menores de cinco anos de idade) por Região do Brasil, 2017.



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE)/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

No Brasil, descontando-se o primeiro ano de vida, as injúrias/ agravos não intencionais, trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas, asfixias e intoxicações causam mais mortes de crianças e adolescentes do que as principais doenças somadas.

Figura 22 - Principais causas não intencionais de mortalidade em menores de 14 anos no Brasil no ano de 2015.

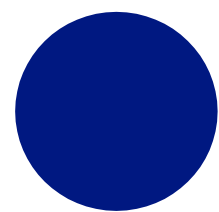
	<1ano		1-4 anos		5-9 anos		10-14 anos		0-14 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Injúrias não intencionais	830	100	1062	100	785	100	1204	100	3881	100
Transporte	112	13	332	31	390	50	606	50	1440	37
Quedas	35	4	54	5	38	5	55	5	182	5
Afogamento	26	3	354	33	201	26	362	30	943	24
Asfixia	611	74	116	11	55	4	48	4	810	21
Queimadura	20	2	84	8	58	7	51	4	213	6
Envenenamento	2	0	11	1	2	0	14	1	29	1

1ª causa de morte 2ª causa de morte 3ª causa de morte. Fonte: Datasus, 2015 - <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/cbt10uf.def>.

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, 2015.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 4 mil menores de 14 anos morrem por ano vítimas de traumas e, em média, 117 mil são hospitalizadas só na rede pública de saúde por esse motivo.

Quando se estende a idade para menores de 19 anos, as causas externas são responsáveis por cerca de 20 mil mortes, representando 40 a 90% do total

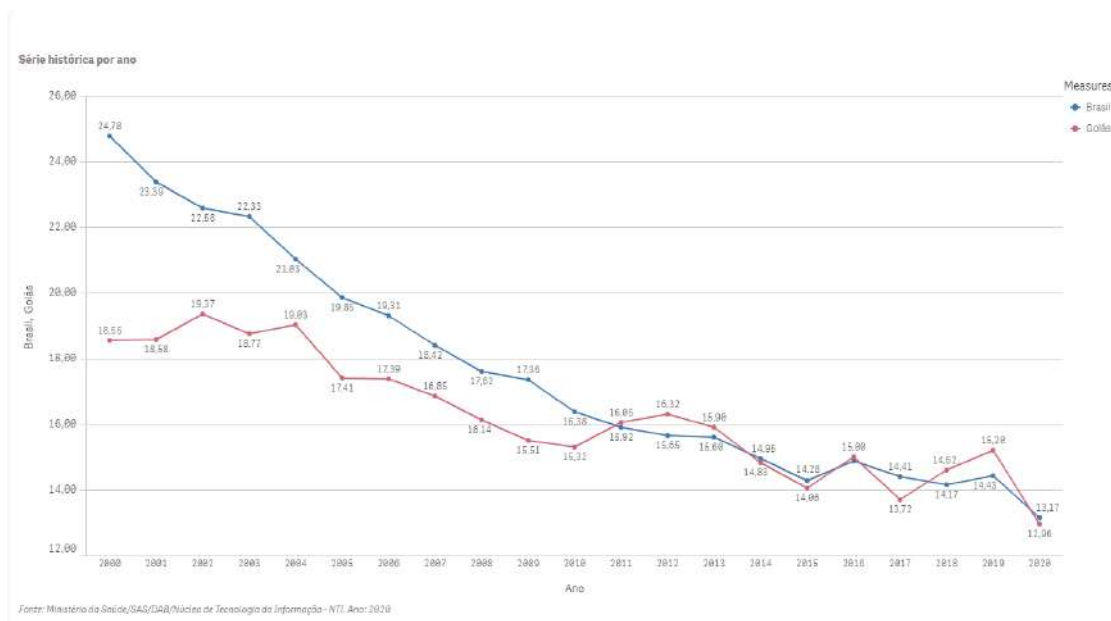


de óbitos. Esse aumento, nesta faixa etária, sofre interferência acentuada das agressões e homicídios (BRASIL, 2014).

Para o ano de 2020, a taxa de mortalidade na infância no Brasil foi de 13,17 óbitos de crianças antes dos 5 anos para cada 1 mil nascidos vivos. Em Goiás, essa taxa chegou a alcançar 12,96 óbitos/1 mil nascidos vivos.

Na mortalidade na infância há uma desigualdade evidente quando se determina quem vai ter maior probabilidade de viver, em função de onde nasceu. O Rio Grande do Sul, por exemplo, é o único Estado que tem a taxa de mortalidade na infância abaixo de 10 óbitos/1 mil nascidos vivos. Os Estados em piores condições são Roraima (21,2 óbitos/1 mil nascidos vivos) e Amapá (20,9 óbitos/1 mil nascidos vivos).

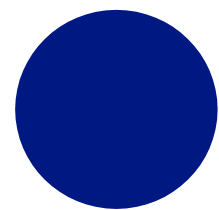
Figura 23 - Série histórica da mortalidade na infância no Estado de Goiás, 2000-2020.



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/Diretoria de Apoio Administrativo ao Sistema de Saúde (Dasis)/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2020.

5 - INDICADOR 03: MORBIDADE EM CRIANÇAS E JOVENS

O perfil da morbidade em crianças menores de 5 anos é considerado parâmetro básico para o estabelecimento das necessidades de saúde desse grupo populacional. Desta forma, taxas e causas de hospitalização infantil são



importantes indicadores da qualidade da assistência à saúde oferecida e indicadores indiretos da resolubilidade assistencial (CAETANO, 2002).

Muitas dessas causas estão relacionadas às condições sensíveis à atenção primária, sendo essas hospitalizações um indicador indireto da efetividade do sistema de saúde local. De certa forma, pode-se inferir que essas crianças não receberam atenção à saúde efetiva e oportuna, o que levou a um agravamento das condições clínicas iniciais, que culminaram na hospitalização.

No entanto, o comportamento dos padrões de morbidade, acesso a informações e serviços de saúde, estrutura local dos serviços de saúde, estilo de vida, e condições socioeconômicas também interferem nos resultados.

Uma pesquisa usando dados do DATASUS de 1998 a 2007 identificou, nas crianças entre 0 e 4 anos, uma distribuição heterogênea de morbidade no país, prevalecendo como primeira causa de internação hospitalar as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias, com maior prevalência destas últimas nas regiões Norte e Nordeste. As médias de internações hospitalares por causas respiratórias mostraram-se menores nessas regiões e maiores no Sudeste, assim como as doenças geniturinárias. Já as doenças do aparelho digestivo foram mais prevalentes na região Centro-Oeste (OLIVEIRA, 2010).

Vale destacar que um dos fatores preponderantes de mortalidade e morbidade de crianças e jovens, em qualquer lugar do mundo, é os traumas pelas chamadas causas externas (acidentes e violências, incluindo trânsito, afogamentos, agressões, queimaduras, quedas, asfixias e intoxicações).

Estas causas - intencionais e não intencionais – determinam, a cada ano a morte de cerca de 23 mil menores de 19 anos (aproximadamente 30/100 mil habitantes), enquanto um número 10 vezes maior sofre traumas não fatais, mas com grande potencial de incapacitação permanente (BLANK, 2014).

Dependendo da faixa etária, esses agravos causam mais mortes do que a soma de todas as outras principais causas, a saber: doenças infecciosas, respiratórias e neoplasias.

Por outro lado, mais marcantes que os dados de mortalidade são os dados de morbidade. Estima-se que, anualmente, 1 em cada 10 crianças

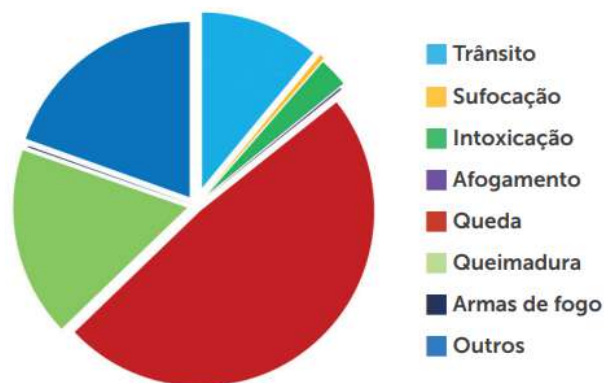
brasileiras saudáveis necessite de atendimento no sistema de saúde em virtude de traumas físicos, o que leva à ocupação de 10 a 30% dos leitos hospitalares e gera cerca de 3 casos de deficiência permanente para cada 1 mil habitantes.

Com relação às internações, segundo a principal fonte de dados que é o Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, ocorre, também, predomínio de acidentes em todas as faixas de idade.

O SUS é responsável por cerca de 70% das internações no país e, por não haver estatísticas hospitalares de pacientes internados por meio de planos de saúde e particulares, tem-se a medida da importância que o sistema representa (BRASIL, 2017).

Na Figura 24 estão representadas as principais causas não intencionais que levam a atendimentos hospitalares no Brasil, segundo o DATASUS.

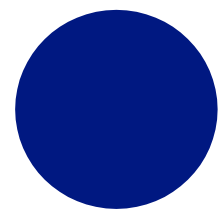
Figura 24 - Morbidade por acidentes em crianças de 0 a 14 anos no Brasil, 2015.



Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, 2017.

O custo socioeconômico da doença injúria/ agravo é incalculável e a tendência dos estudos atuais é enfatizar a grande sobrecarga social que representam as sequelas das injúrias por causas externas, com enorme comprometimento da qualidade de vida e da produtividade de uma grande população sobrevivente.

Além disso, vários estudos demonstram que essa epidemia está em ascensão. Estima-se que, nos próximos anos, traumas no trânsito, guerras, violências e suicídios ocuparão um lugar significativamente maior no ranking das principais causas de morte. Calcula-se que a sobrecarga causada pelas mortes



e deficiência devido às causas externas crescerá em torno de 20% (BLANK, 2014).

6 - SOBRECARGA GLOBAL À SAÚDE

A iniciativa Global Burden of Disease Study - GBD apontou que, em 2016, as causas externas responderam por 10% do fardo global à saúde, num total anual estimado de 3.460 Disability Adjusted Life Year – DALY, que estima os anos perdidos com ajuste para deficiência por 100 mil habitantes, o que corresponde a cerca de 250 milhões de anos perdidos (GBD, 2011).

Esses dados levaram a Organização Mundial da Saúde - OMS a ampliar a classificação dos acidentes e violências para grave e considerado problema de saúde pública.

A maior proporção desse prejuízo é causada pelos traumas no trânsito (29%), autoagressões (14%), quedas (12%), afogamentos (9%) e violência (8%), justamente os mecanismos cuja incidência tem demonstrado os menores índices de diminuição, apesar de que, no último quarto de século, houve uma queda de cerca de 30% da sobrecarga à saúde devida às causas externas de morbimortalidade.

6.1. Exposição e risco

Algumas características inerentes à criança e ao adolescente podem aumentar ou diminuir os riscos de trauma. Dentre elas, destaca-se a idade, sexo, diferentes tipos de exposição, pobreza, ingestão de bebidas alcoólicas, resiliência, hábitos de segurança no lar, urbanização e supervisão deficiente.

Outros fatores potenciais de risco para esses eventos, como a globalização da economia, bullying, traumas em atividades de esporte e recreação e telefones celulares como elementos de distração no trânsito ainda não estão bem definidos quanto ao impacto na morbimortalidade, mas certamente exigirão estratégias preventivas em contextos diversos.

6.2. Como manter a criança e o adolescente em segurança

Conhecer as particularidades e diferentes características do desenvolvimento de uma criança é um bom caminho para compreender a incidência de determinados acidentes.

Com o passar do tempo, as crianças passam a desenvolver suas habilidades motoras, cognitivas e sensoriais. Entretanto, enquanto esse processo não está completo, a criança fica vulnerável a uma série de perigos exigindo, portanto, cuidados especiais e atenção total.

Algumas medidas de orientação para manter as crianças protegidas de eventos são: (1) identificar as crianças mais vulneráveis e de risco; (2) fornecer orientação antecipada de segurança, apropriada para as diversas fases do desenvolvimento; (3) indicar aos pais fontes de orientação sobre segurança e recursos práticos; (4) auxiliar na coleta de dados estatísticos; (5) atuar como consultor na elaboração de políticas públicas de segurança; (6) colaborar com órgãos do governo e da educação em ações promotoras de segurança; (7) promover a conscientização de seus colegas sobre a promoção da segurança.

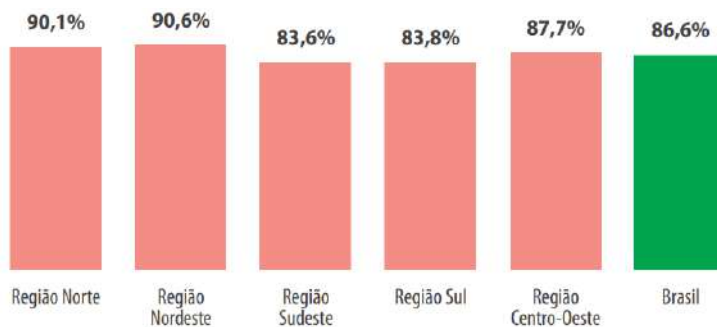
7 - CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

No ano de 2017, mais de 63,7 mil mortes por homicídios foram notificadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Destes, 11,7 mil foram cometidos contra crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos de idade.

As metas dos ODSs estabelecem a diminuição em 1/3 do número total de homicídios, até 2030. Contudo, nota-se que o número total de homicídios de crianças e adolescentes tende a aumentar a cada ano.

De acordo com uma pesquisa recente, entre 2016 e 2020, 35 mil crianças e adolescentes de 0 a 19 anos foram mortos de forma violenta no Brasil – uma média de 7 mil por ano. Além disso, de 2017 a 2020, 180 mil sofreram violência sexual – uma média de 45 mil por ano (UNICEF, 2021).

Figura 25 - Proporção de notificações de estupro de crianças e adolescentes menores de 19 anos de idade do sexo feminino segundo Regiões do Brasil, 2016-2020.



Fonte: Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net).

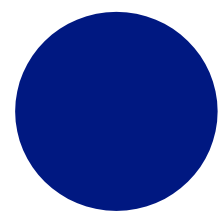
Dos casos reportados de violência entre 2011 e 2017 pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, 40,5% foram com crianças e adolescentes com as seguintes características:

- 51% das crianças sexualmente abusadas tinham entre 1 e 5 anos de idade e 45,5% eram negras;
- Das crianças e adolescente vítimas de violência sexual, 84,9% eram do sexo feminino e 15,1% do sexo masculino;
- A avaliação das características da violência sexual contra crianças e adolescentes mostrou que 37,26% dos eventos tiveram caráter de repetição e 62% ocorreram na residência;
- Em 87,9% dos casos contra crianças e adolescentes, o agressor era do sexo masculino e em 64,8% tinham vínculo familiar ou eram conhecidos da vítima;

Em média, mais de 70 crianças ou adolescentes sofrem abuso sexual no Brasil, por dia. Além disso, a análise dos dados sobre estupro evidencia que 70,5% destes são cometidos contra vulneráveis.

O atendimento prioritário aos casos de violência sexual pelo SUS foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 485/2014.

Dados coletados em unidades de saúde do país no período de 2011 a 2019 revelaram 184.524 notificações de violência sexual, sendo 141.105 contra crianças e adolescentes, concentrando 76,5% dos casos notificados.



A cada ano, 527 mil pessoas são estupradas no Brasil, 70% das quais são crianças e adolescentes.

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o contingente populacional de crianças e adolescentes é, ainda, bastante significativo, apesar da sensível queda em suas taxas de natalidade e da redução do número de filhos por mulher.

Em relação à saúde, uma análise da mortalidade geral, nos últimos anos, revelou queda dos valores com tendência decrescente em todas as faixas etárias, enquanto injúrias/agravos, cujo controle continua relegado a um segundo plano, demonstram tendência ascendente.

O reconhecimento, a documentação e a disponibilidade de informações que subsidiem a definição e implementação de políticas de saúde adequadas para esses grupos ainda são escassas, mesmo no âmbito da produção científica.

Da mesma forma, o perfil e a organização das áreas técnicas e de gestão da saúde da criança e do adolescente nas diferentes instâncias do sistema de saúde brasileiro ainda enfrentam dificuldades, como insuficiente instrumentalização para o enfrentamento dos novos desafios, bem como fragmentação na condução dos serviços de saúde.

Um dos fatores preponderantes de mortalidade e morbidade de crianças e jovens, em qualquer lugar do mundo, são os traumas por causas externas (acidentes e violências).

É imprescindível ter em mente que as crianças são mais frágeis, uma vez que ainda estão em desenvolvimento e apresentam menor tolerância a lesões, visto que a gravidade de uma lesão depende da capacidade de absorção de energia do corpo (quanto menor o corpo, menor essa capacidade), além da pequena habilidade em reconhecer perigos.

Países que mais avançaram no controle do trauma e de suas consequências têm tido sucesso ao promover e implantar uma combinação de ações multissetoriais capazes de prever o risco de eventos adversos, atenuar as injúrias não evitadas e reabilitar os que necessitam.

Existe embasamento científico razoável para justificar que os profissionais de saúde incorporem na sua rotina clínica a orientação para a segurança, seja no ambulatório, no serviço de emergência ou na comunidade.

Os dados analisados confirmam a redução consistente da mortalidade na infância no país. Destaca-se que o Estado de Goiás, desde 2010, apresenta taxas de mortalidade infantil e na infância entre as mais elevadas quando comparada à média do Brasil no mesmo período, evidenciando que políticas públicas intersetoriais e de saúde específicas devem ser continuadas e aprimoradas para a redução de tais taxas.

REFERÊNCIAS

Blank D. Epidemiologia das injúrias, agravos por violências e acidentes. In: Campos Jr D, Burns DA, Lopes FA, editors. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 3rd ed. Barueri: Manole; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/419-sas-raiz/dapes/saude-da-mulher/l1-saude-da-mulher/9659-link-rede-cegonha>.

Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da situação de saúde e das causas externas (Cap. 3). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Caetano JRM, Bordin IAS, Puccinic RF, Peres CA Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública 2002;36(3):285-91.

Cenário da infância e adolescência no Brasil, Fundação Abrinq, 2019.

Global Burden of Disease (GBD) [homepage on the Internet]. IHME releases second annual report on the Sustainable Development Goal indicators, 2011.

Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2010 jun;13(2):268-7.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Más allá de la supervivencia: prácticas integrales durante la atención del parto, beneficiosas para la nutrición y la salud de madres y niños. Washington, D.C.: OPS; 2007.



F1

ÁREA DE
ATIVIDADE

agir

F.1. ÁREA DE ATIVIDADE - ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE HOSPITALAR

1.1. ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE

De acordo com o documento editalício disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO em seu Anexo I – Termo de Referência - o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, é uma Unidade pertencente à Rede Pública Estadual de Saúde, caracterizada como Unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, que oferta atendimento hospitalar 24 horas por demanda espontânea e referenciada pelo Complexo Regulador Estadual, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/ Emergência e Ambulatorial em Pediatria. Também é referência para reabilitação de fissuras lábio palatinas (Programa CERFIS) e hemangiomas.

O HECAD iniciou suas atividades em dezembro de 2021, com a transição definitiva dos atendimentos hora ofertados na Unidade, tendo sua inauguração ocorrida em janeiro de 2022. Possui capacidade para pronto-socorro 24 horas, assistência laboratorial, exames de diagnóstico por imagem e atendimento ambulatorial em diversas especialidades médico-pediátricas, com 146 leitos de internação e 30 leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI, conforme detalhamento a seguir:

Tabela 3 - Capacidade estrutural por perfil de atendimento ofertado.

CAPACIDADE ESTRUTURAL POR PERFIL DE ATENDIMENTO OFERTADO	
Internação	
Clínico Pediátrico	50 leitos
Cirúrgico Pediátrico	56 leitos
Crônico Pediátrico	10 leitos
Pronto Socorro Pediátrico	
Observação	18 leitos
Emergência – sala vermelha	04 leitos
Sala de pequenos procedimentos	01 sala
Centro de Infusão	01 sala
Ambulatório	
Leitos dia	18 leitos
Consultório Ambulatorial	15 consultórios
Consultório Odontológico	02 consultórios
Centro Cirúrgico	
Salas Cirúrgicas	08 salas
RPA	15 leitos
Unidade de Terapia Intensiva	
UTI Pediátrica	30 Leitos
Especialidades médicas iniciais ofertados no ambulatório Perfil Pediátrico e Adolescente	
Alergia/ Imunologia	Nutrologia
Cardiologia Clínica	Nefrologia
Cirurgia Pediátrica	Neurocirurgia
Cirurgia Plástica	Neurologia
Dermatologia	Oftalmologia
Endocrinologia	Oncologia Pediátrica
Gastrologia/ Hepatologia	Ortopedia e Traumatologia
Genética	Otorrinolaringologia
Ginecologia (infanto-puberal)	Pneumologia
Hematologia	Psiquiatria
Homeopatia	Reumatologia
Infectologia	Urologia
Especialidades multiprofissionais iniciais ofertados no ambulatório Perfil Pediátrico e Adolescente	
Enfermagem (VVS)	Farmácia (VVS)
Fisioterapia	Fonoaudiologia
Nutricionista	Odontologia
Psicologia (VVS)	Psicologia
Serviço Social (VVS)	

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

PROPOSTA MACRO DE SETORIZAÇÃO DA UNIDADE

O HECAD está estruturado em 4 (quatro) níveis de pavimentações, apresentando um fluxo vertical das suas principais áreas e serviços ofertados, das quais destacam-se:

a)Térreo:

Bloco A: Acesso ambulatorial, Recepção ambulatorial, sala de vacina e auditório.

Bloco B: Acesso ao ambulatório de especialidades médicas, classificação de risco, consultórios médicos da emergência, Fraldário.

Bloco C: Acesso ao corredor emergência (observação pediátrica: 6 leitos; Observação respiratória: 6 leitos; sala de decisão: 6 leitos; sala de medicação rápida; sala de curativo e sutura; sala de gesso; sala de exames indiferenciados; leito de isolamento; sala vermelha: 4 leitos; farmácia satélite e Recepção da emergência.

Bloco D: Acesso à recepção de exames, diagnóstico por imagem e coleta laboratorial, Consultório da otorrinolaringologista, Consultório oftalmológico, atendimento do VVS, Sala de convivência dos funcionários.

Bloco E: Acesso ao CERFIS (Centro de Fissuras Lábio - Palatinas), Farmácia Central, CAF, Sala de Pertences dos acompanhantes, Laboratório: área de processamento.

b)Primeiro Pavimento:

Bloco A: Acesso à Brinquedoteca, Biblioteca, NIR (Núcleo de Regulação Interna), Tecnologia da Informação, COREME, Central de Monitoramento.

Bloco B: Acesso a Unidade de internação Pediátrica - 20 Leitos.

Bloco C: Acesso a Unidade de internação Pediátrica- 20 Leitos.

Bloco D: Acesso a Unidade de internação Pediátrica - 38 Leitos.

Bloco E: Acesso a Unidade de internação Pediátrica - 38 Leitos.

Bloco F: Acesso a Cozinha produção e refeitório dos profissionais, Almoxarifado e Lactário.

Bloco G: Acesso de funcionários assistenciais, Morgue, lavanderia e distribuição de roupas privativas, Sala de Apoio da Higienização, Salas de apoio operacional.

Bloco H: Área destinado a carga e descarga, guarda de resíduo.

c)Segundo Pavimento:

Bloco A: Acesso a área técnica administrativa.

Bloco B: Acesso as salas de repouso para funcionários, leito dia e agência transfusional.

Bloco C: Acesso a área técnica administrativa: SCIRAS, NVEH e CME.

Bloco D: Acesso ao Centro Cirúrgico

Bloco E: Acesso a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica- 30 Leitos.

d)Terceiro Pavimento:

Bloco A: Acesso a área técnica administrativa.

1.1.1.IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

A gestão eficiente do fluxo do paciente tornou-se um desafio para as instituições 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.

Reitera-se a premissa crucial de garantir qualidade por meio da eficiência e eficácia dos processos, sejam eles assistenciais, administrativos, e/ou de apoio e logística, portanto, no HECAD os fluxos serão descritos em documentos específicos, modelados em fluxogramas e publicizado em treinamentos internos para os profissionais envolvidos, com utilização do método prático/realístico. Para os pacientes, haverá o fortalecimento, atualização e incremento da sinalização visual, bem como ampliação por meio da sinalização tátil e sonora contemplando a aplicabilidade específica de identificação aérea, chão, paredes e portas.

Sabe-se que um fluxograma é a representação dos passos de um processo, sendo 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 HECAD, 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, ou não, 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**, que contemplarão a circulação de usuários e profissionais em áreas de acesso comum: internas e externas, bem como as áreas restritas;

- **fluxos documentais**, que contemplarão a criação, registro e armazenamento de documentos dos pacientes e administrativos da Unidade; e
- **fluxos unidirecionais** previstos para Central de Material e Esterilização - CME, distribuição de roupas e serviços de resíduos de saúde.

A seguir, faz-se a apresentação detalhada referente a cada fluxo proposto.

1.1.1.1. Fluxos Operacionais: compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas

Com base nas informações obtidas quanto ao HECAD, constantes do Chamamento Público Nº 005/2022 SES/GO e do conhecimento estrutural da Unidade, neste tópico, serão apresentadas as proposições relacionadas aos fluxos necessários à composição da Unidade.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº50, as circulações internas e externas das unidades de assistência à saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), circulação e estacionamento.

Tomando-se como referência as características estruturantes da Unidade e os serviços que serão ofertados, os acessos ao HECAD estarão relacionados diretamente com a população usuária, profissionais, serviços e materiais, objetivando assegurar o acesso e evitar o trânsito indesejado em áreas restritas e/ou o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços.

Partindo-se do pressuposto de que os serviços ofertados no HECAD são desenvolvidos em diferentes ambientes que os constituem, têm-se configurado a distribuição espacial das unidades funcionais e, por conseguinte a determinação física de seus respectivos ambientes, individualizando as diversas posições relativas que ocupam na estrutura predial da unidade hospitalar, sendo evidente a existência de diversas outras variantes e outros fatores que serão oportunamente considerados na eventual revisão e adequação do projeto de setorização da unidade, dentre eles, condições internas e externas, onde menciona-se: características do terreno (drenagem, topografia), ocupação das áreas vizinhas, trânsito de veículos e pessoas em torno do mesmo. Assim sendo, intitula-se os fluxos, para efeito didático, em duas grandes abordagens:

- **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 seguinte matriz, sequenciada pela modelagem inicialmente proposta de cada fluxo.

Tabela 4 - Matriz de fluxo operacional

ITEM	GRUPO	DESCRIÇÃO
01	PACIENTE EXTERNO	<p>Esse grupo caracteriza-se pelos fluxos daqueles pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia, e que não se encontram em regime de internação.</p> <p>Ponto de controle: A circulação desse grupo no âmbito da unidade, incluindo seus acompanhantes, deverá ser restrita às áreas funcionais onde receberão o atendimento necessário/procurado, evitando-se, por conseguinte, seu trânsito pelas áreas de circulação reservadas a funcionários e pacientes internados.</p>
02	PACIENTE INTERNO	<p>Grupo determinado pelos fluxos de pacientes em regime de internação, no âmbito da própria unidade de internação, ou em determinadas condições, deverão estar acompanhados e/ou monitorados por colaboradores / acompanhantes, acessarão, quando necessário, áreas distintas das unidades funcionais, para acesso a outros serviços e/ou atendimentos.</p> <p>Ponto de controle: A circulação desse grupo no âmbito da unidade, incluindo seus acompanhantes, deverá ser restrita às áreas funcionais onde receberão o atendimento necessário/procurado, evitando-se, por conseguinte, seu trânsito pelas áreas de circulação reservadas a funcionários e pacientes internados.</p>
03	ACOMPANHANTES	<p>Grupo constituído pelos fluxos decorrente da movimentação de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanharão durante sua presença/permanência no âmbito da Unidade hospitalar, inclusive no serviço de internação, quando se tratar de acompanhantes de pacientes internados (alojamento conjunto), conforme disposição legal.</p> <p>Ponto de controle: A circulação desse grupo no âmbito da Unidade deverá ser restrita às áreas de espera e áreas funcionais, onde os pacientes que acompanham receberão o</p>

		atendimento necessário, evitando-se, por conseguinte, seu trânsito pelas áreas de circulação reservadas a funcionários.
04	PROFISSIONAIS	<p>Constitui-se pelos fluxos dos profissionais da área de saúde, como: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, como também de todos os técnicos e pessoal administrativo e de apoio, necessários ao funcionamento da unidade.</p> <p>Ponto de Controle: Após a compreensão efetiva do funcionamento da unidade hospitalar, a circulação de colaboradores será, conforme as especificidades de cada setor da Unidade Hospitalar, restrita às unidades em que os funcionários atuarem e se relacionarem, observando-se o caráter funcional dos profissionais de saúde.</p>
05	INSUMOS	<p>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. etc.</p> <p>Ponto de controle: Deverão ser estabelecidos fluxos específicos e controlados de entrada de materiais gerais, materiais médico hospitalares, medicamentos, roupas e equipamentos com a circulação e acesso aos locais de destino (farmácia, almoxarifado, CME) sem trânsito pelas áreas de atendimento ao paciente, bem como áreas restritas aos profissionais da Unidade.</p>
06	MATERIAL CONTAMINADO E RESÍDUOS SÓLIDOS	<p>Fluxos constituídos por material contaminado e resíduos sólidos, como por exemplo: roupa suja, 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 eliminarão a necessidade de circulações exclusivas para essa modalidade de fluxo entre as diferentes unidades funcionais, quando necessário.</p> <p>Ponto de controle: As restrições de fluxo permanecerão determinantes nas áreas críticas, de acordo com o mapeamento previsto em normativas específicas.</p>
07	CADÁVER	<p>Grupo constituído pelos pacientes que foram a óbito, no âmbito do hospital, para os quais serão reservados cuidados especiais quando da circulação, a fim de minimizar eventuais impactos psicológicos do trânsito de um corpo entre pacientes e acompanhantes, bem como, evitando-se riscos de contaminação.</p> <p>Ponto de controle: desenvolver fluxo que proporcione condições físicas de trânsito do cadáver de modo a evitar demais ambientes como: internações, salas de espera,</p>

		refeitórios e áreas de circulação onde transitam pacientes e acompanhantes.
08	VISITANTES	<p>Constitui-se por toda espécie de visitantes, que procuraram a unidade hospitalar para visitar pacientes internados, ou em decorrência de alguma atividade eminentemente administrativa, como: compras, realização de serviços terceirizados, manutenção etc.</p> <p>Ponto de controle: Deverá ser estabelecido criterioso monitoramento/ acompanhamento do fluxo deste grupo, tanto com relação aos horários, quanto a delimitação setorial das áreas onde será permitido o acesso. Condição determinante para o funcionamento adequado dos diversos setores, como também com relação segurança patrimonial da unidade.</p>

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

1.1.1.1.1 Descrição dos fluxos de acessos as áreas restritas

a) Centro Cirúrgico

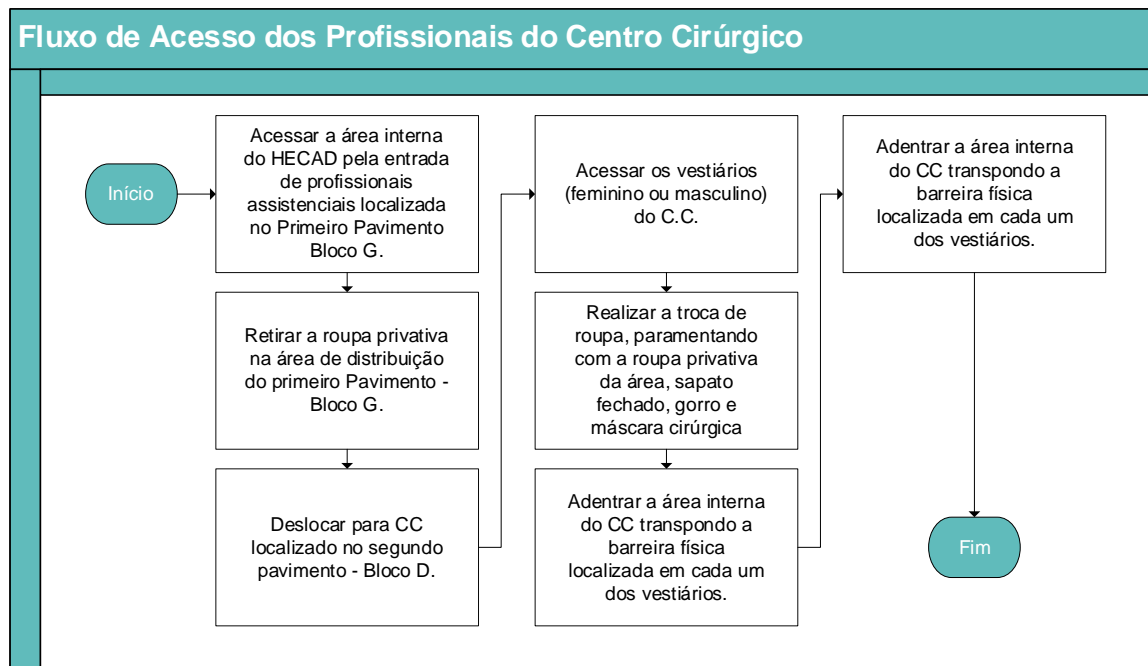
De acordo com a SOBECC, 2017, o Centro Cirúrgico - CC é definido como um conjunto de áreas e instalações destinadas à realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos, recuperação anestésica e pós-operatório imediato, de forma a promover a segurança e conforto para o paciente e equipe.

O CC compreende uma área crítica, de acesso restrito, considerada uma das unidades mais complexas do Hospital, não só por sua especificidade em realizar procedimentos invasivos, mais também por ser um local fechado aos profissionais exclusivos da área e pacientes cirúrgicos.

1. Fluxo de acesso de profissionais do Centro Cirúrgico

Todos os profissionais escalados no CC deverão:

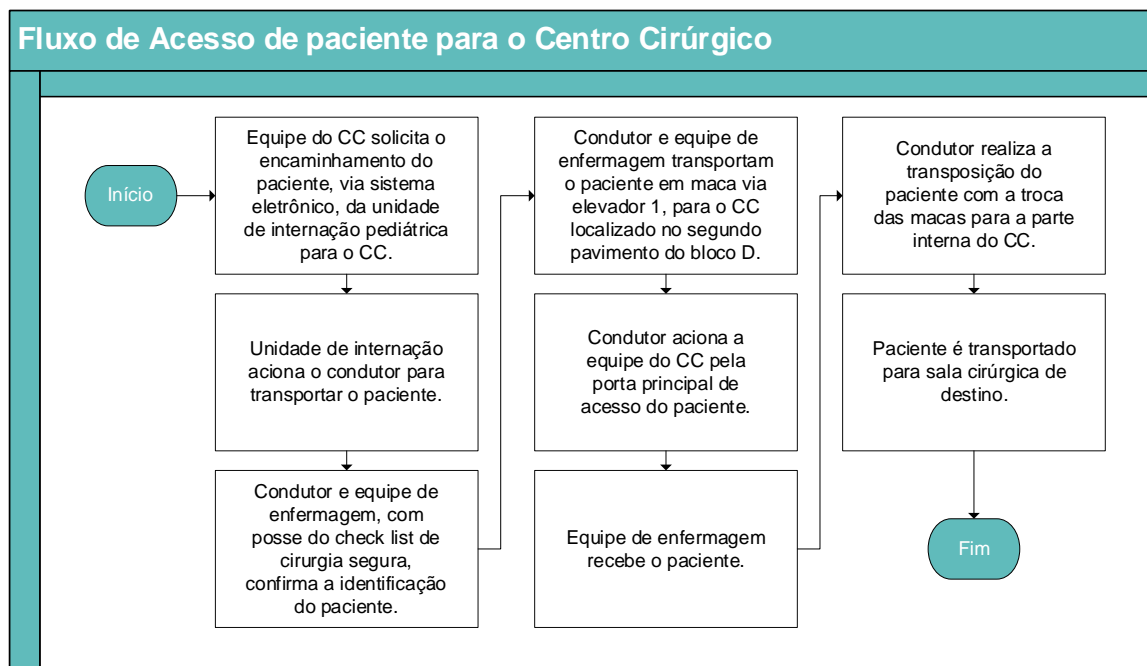
Figura 26 – Fluxo de Acesso dos Profissionais do Centro Cirúrgico.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2. Fluxo de acesso de pacientes para o Centro Cirúrgico

Figura 27 - Fluxo de Acesso de Pacientes para o Centro Cirúrgico



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

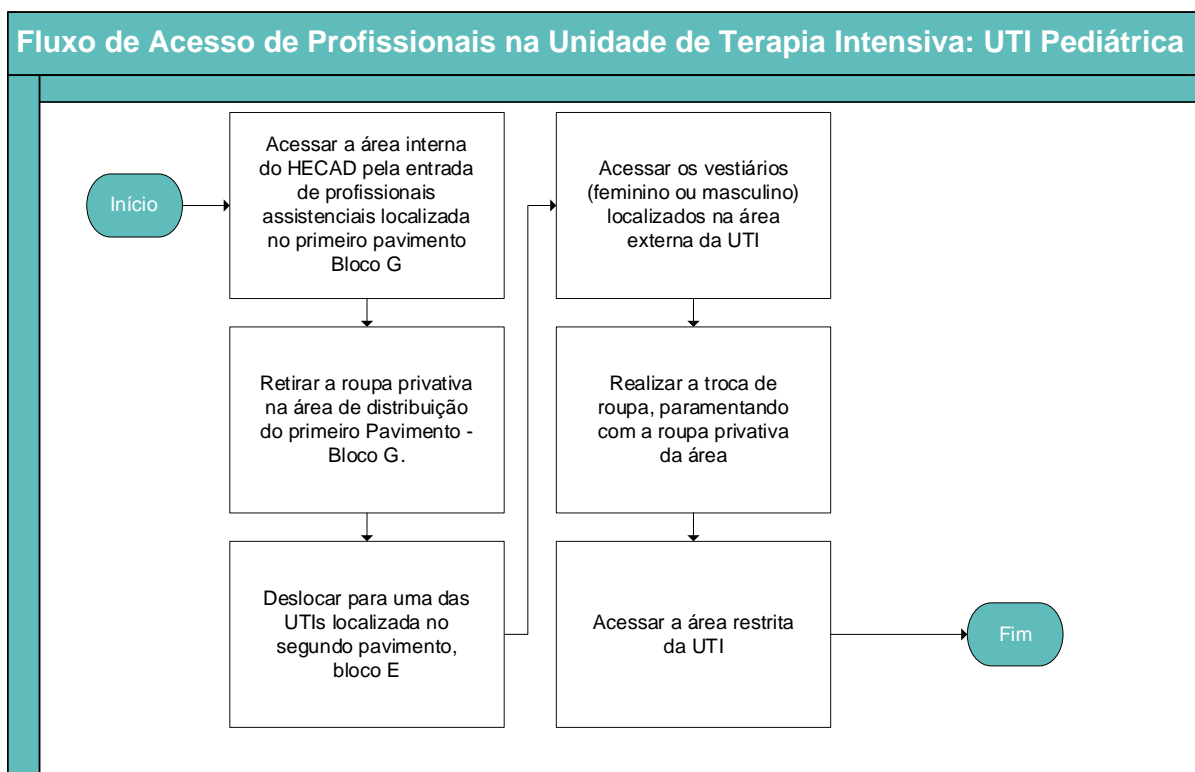
b) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Em conformidade com a Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – MS, a Unidade de Terapia Intensiva – UTI é uma área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

1. Fluxo de acesso de profissionais na Unidade de Terapia Intensiva: UTI Pediátrica

Todos os profissionais escalados nestas áreas deverão:

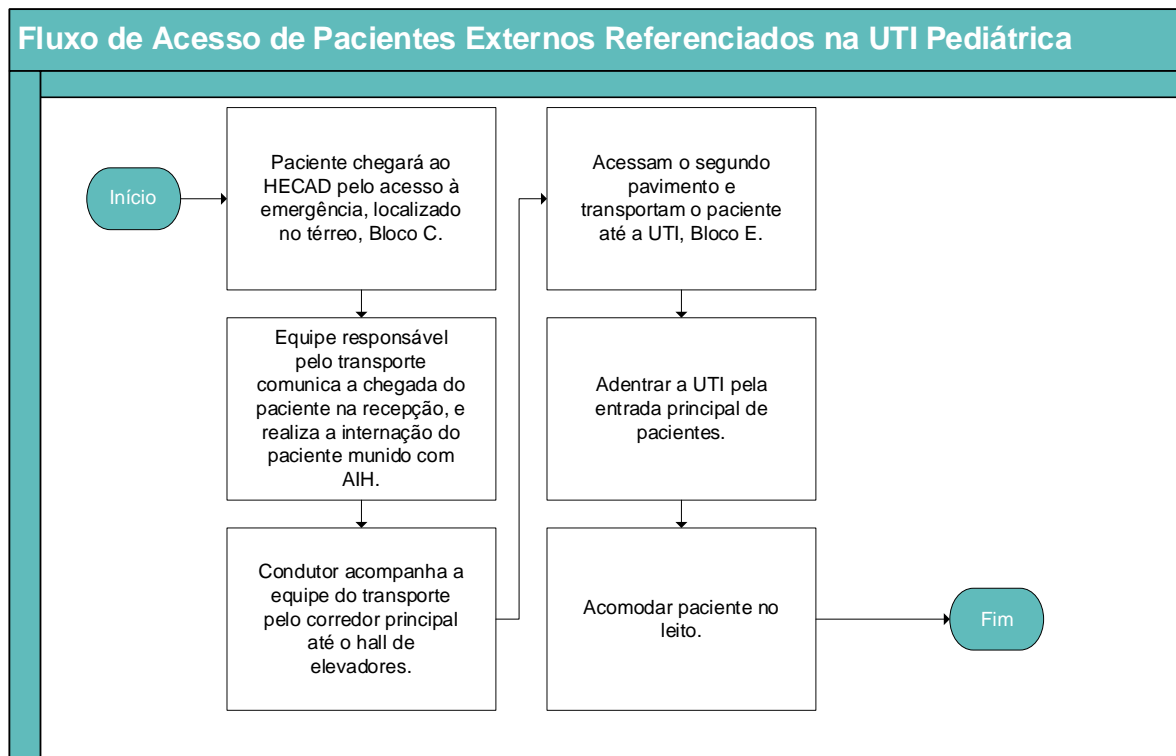
Figura 28 - Fluxo de Acesso de profissionais na Unidade de Terapia Intensiva: UTI 1, 2 e Pediátrica.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2. Fluxo de acesso de pacientes externos referenciados na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

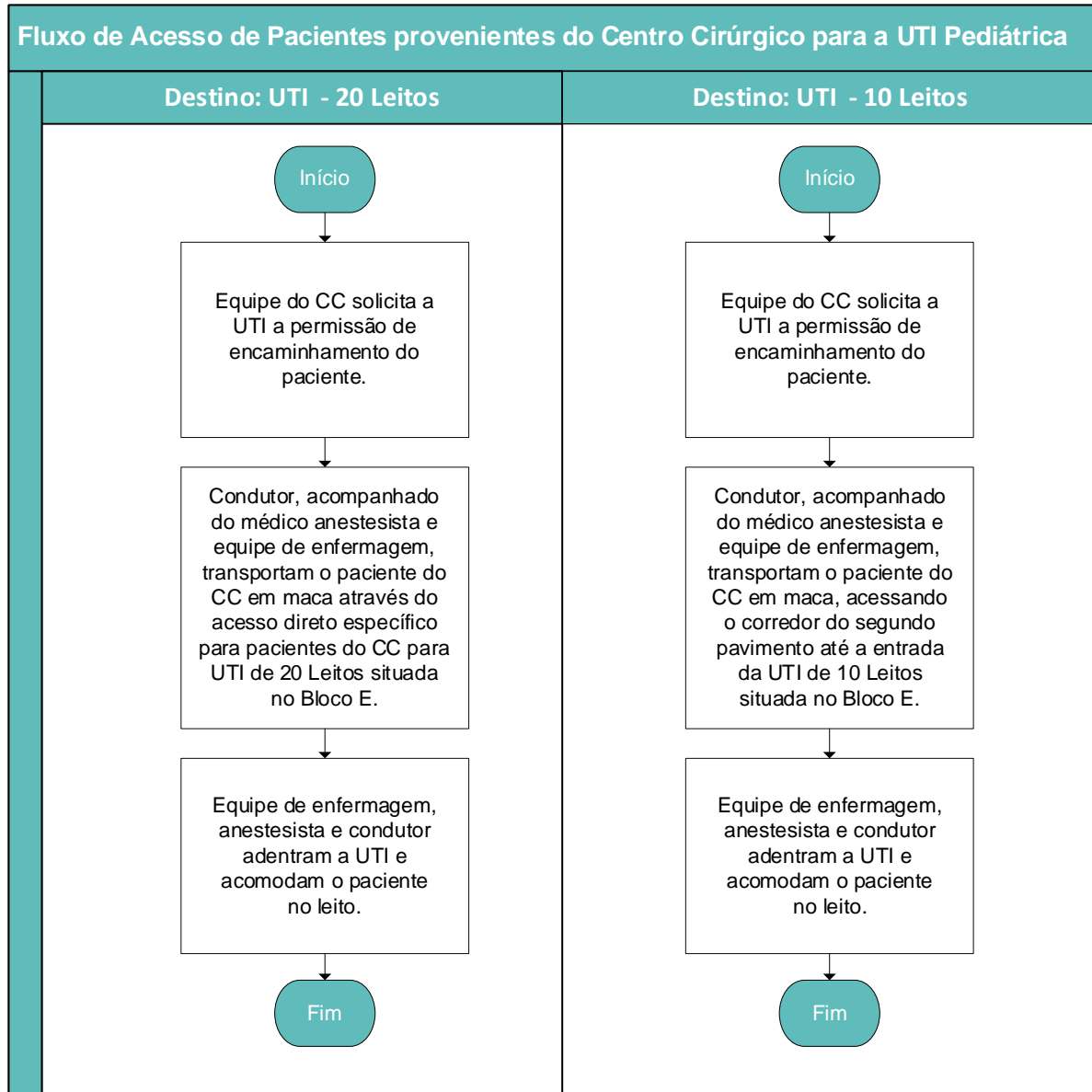
Figura 29 - Fluxo de Acesso de pacientes externos referenciados na UTI Pediátrica



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

3. Fluxo de acesso de pacientes provenientes do Centro Cirúrgico para a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

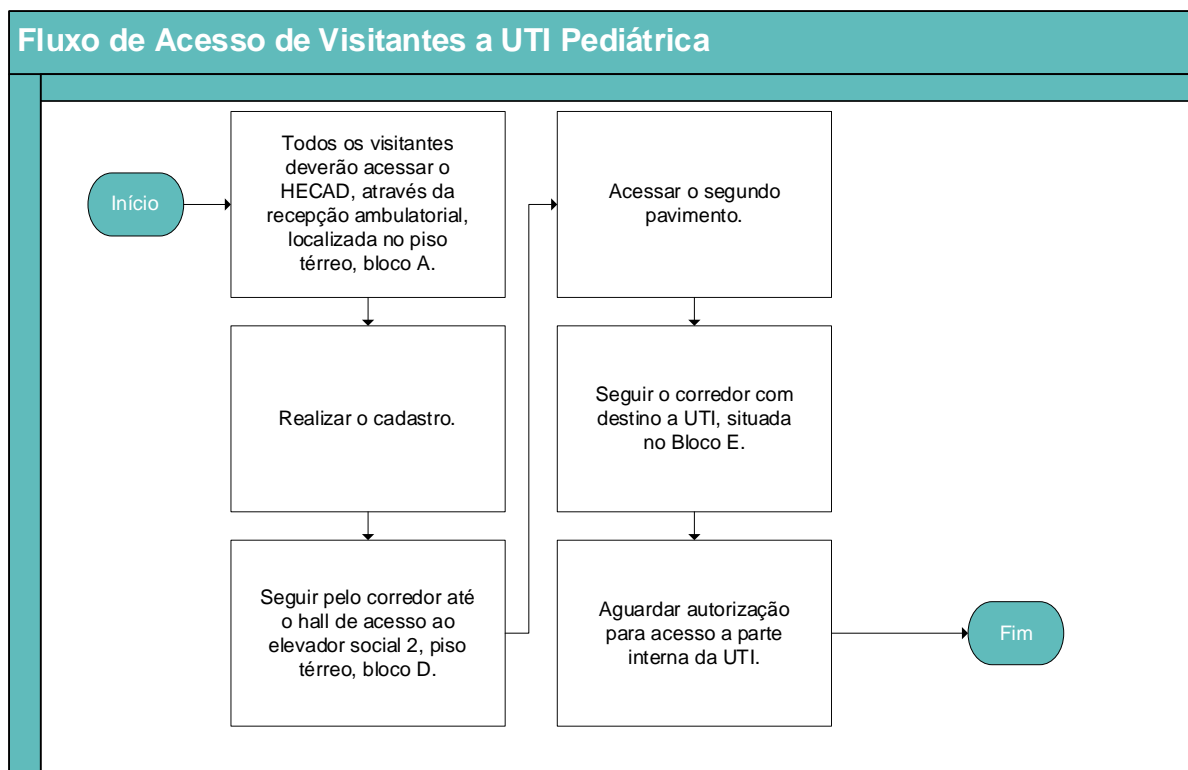
Figura 30 - Fluxo de Acesso de pacientes provenientes do Centro Cirúrgico para a UTI Pediátrica.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

4. Fluxo de acesso de visitantes a Unidade de Terapia Intensiva: UTI 1, 2 e Pediátrica

Figura 31 - Fluxo de Acesso de visitantes a UTI Pediátrica.



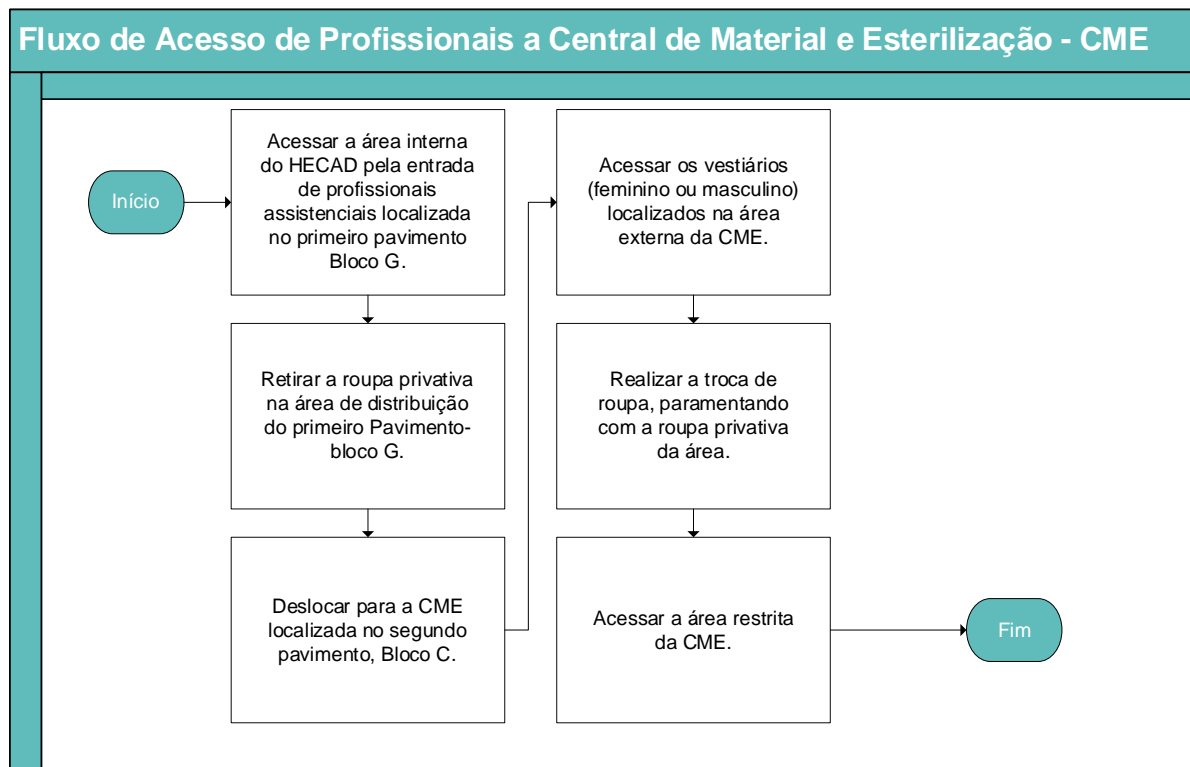
Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

c) Central de Material e Esterilização – CME

Segundo a resolução RDC 15 de 15 de março de 2012, a CME é definida como uma unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde – PPS, com equipe exclusiva e restrita a área de atuação.

1. Fluxo de acesso de profissionais a Central de Material e Esterilização – CME

Figura 32 - Fluxo de Acesso de profissionais a Central de Material e Esterilização – CME.

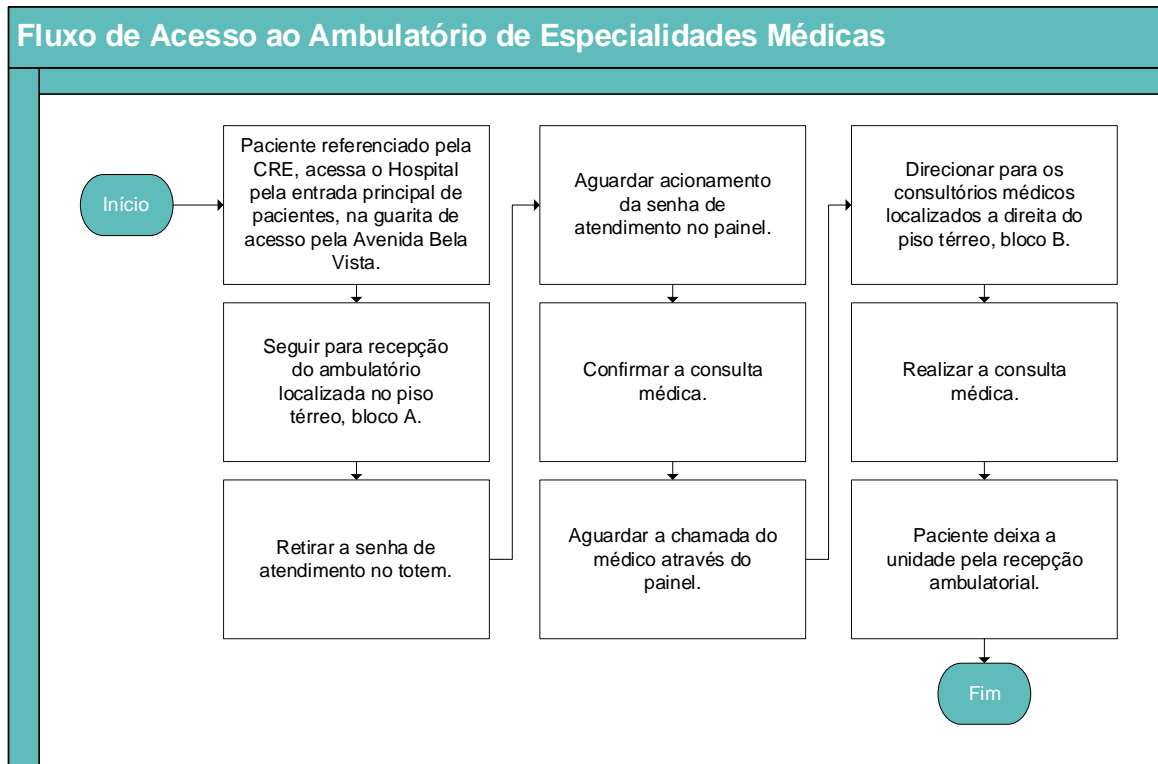


Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

1.1.1.1.2 Descrição dos fluxos de acessos as áreas externas e internas

1. Fluxo de acesso ao ambulatório de especialidades médicas

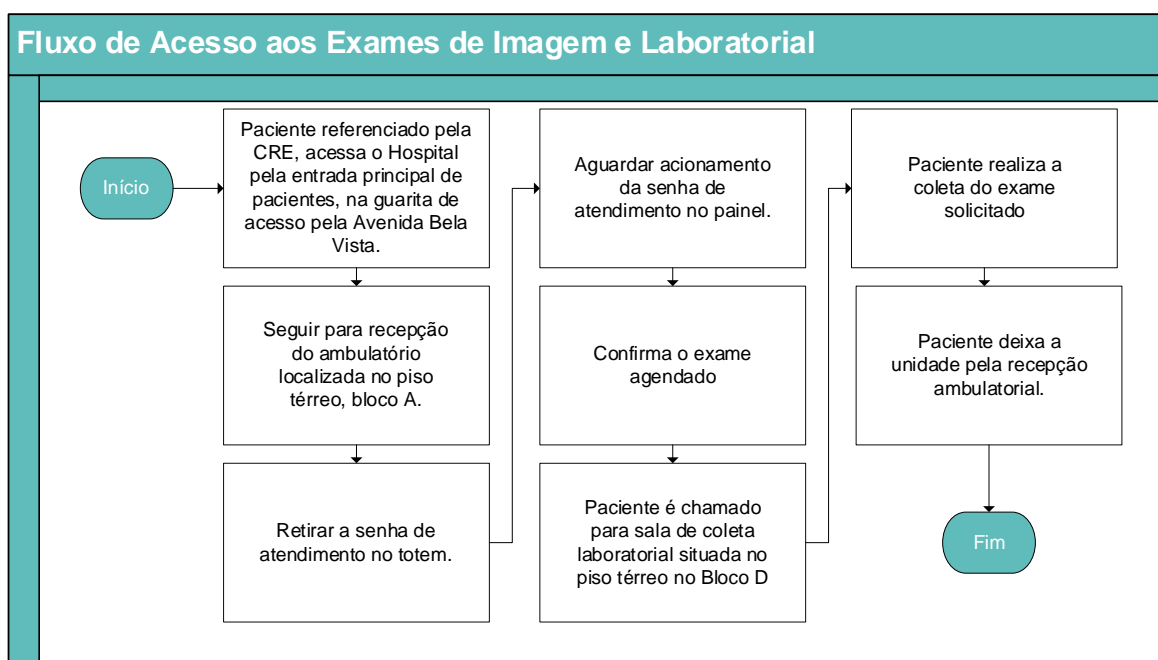
Figura 33 - Fluxo de Acesso ao ambulatório de especialidades médicas.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2. Fluxo de acesso aos exames de imagem e laboratorial

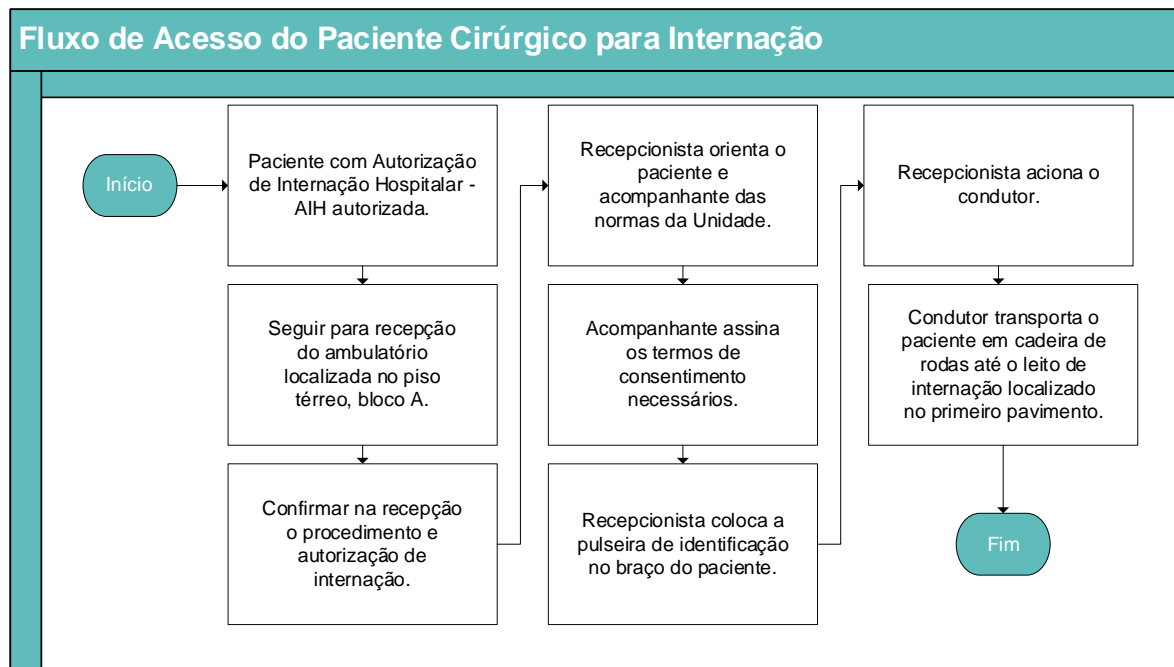
Figura 34 - Fluxo de Acesso aos exames de imagem e laboratorial.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

3. Fluxo de acesso do paciente cirúrgico para internação

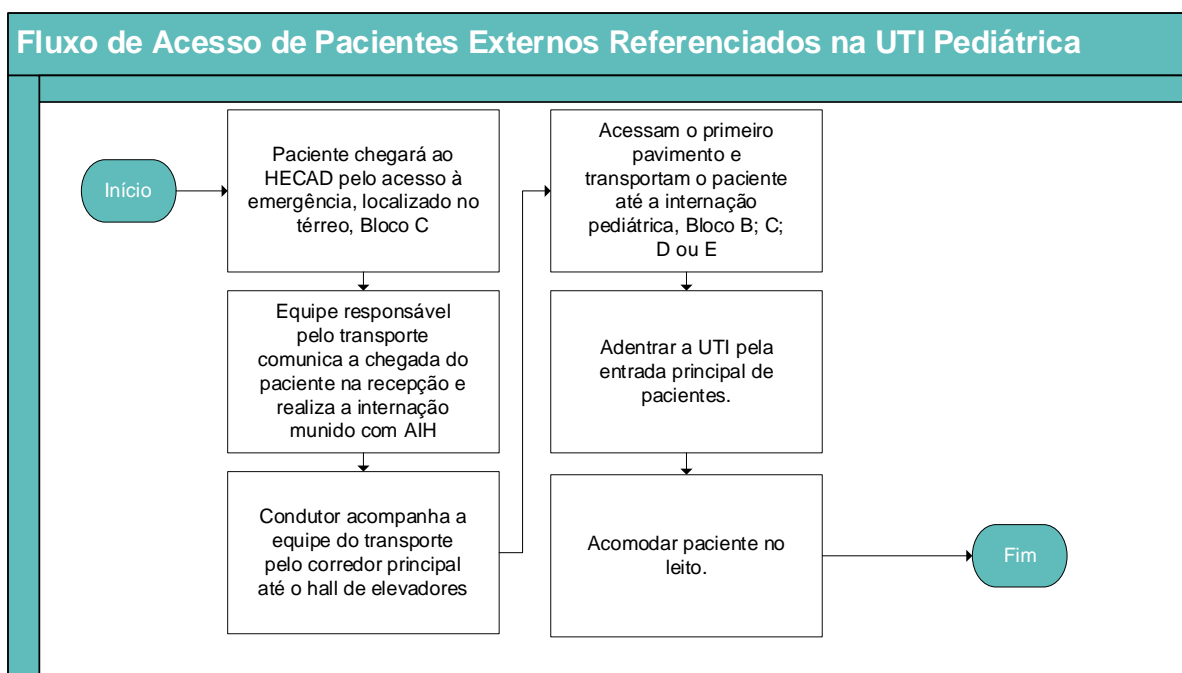
Figura 35 - Fluxo de Acesso do paciente cirúrgico para internação.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

4. Fluxo de acesso de pacientes externos referenciados para a Unidade de Internação Pediátrica

Figura 36 - Fluxo de Acesso de pacientes externos referenciados para a Unidade de Internação Pediátrica

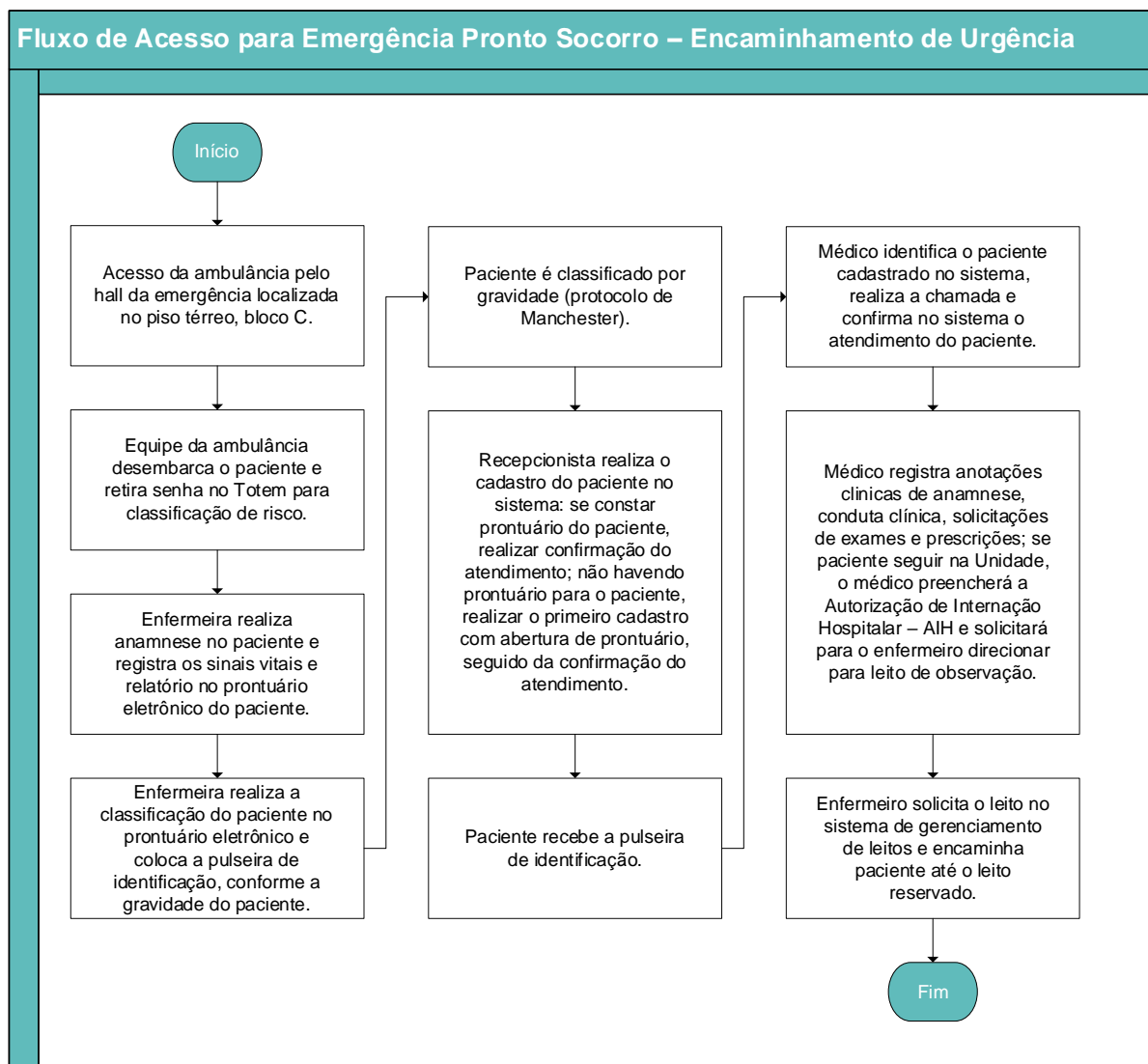


Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

5. Proposta de fluxo de acesso para emergência/ Pronto Socorro

- **Encaminhamento de Urgência:**

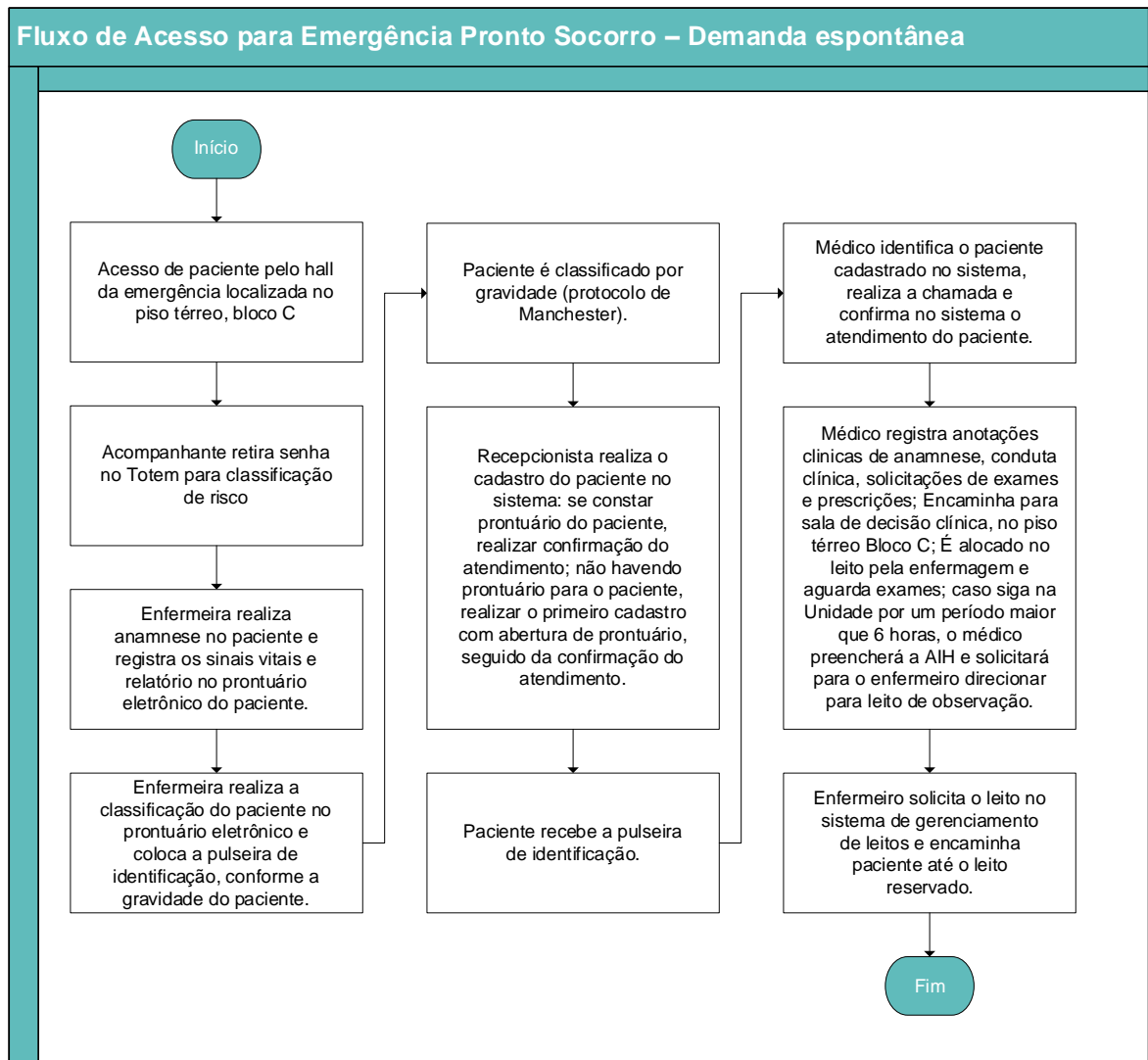
Figura 37 - Proposta de fluxo de acesso para emergência/ Pronto Socorro – Encaminhamento de Urgência.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

- **Demanda espontânea**

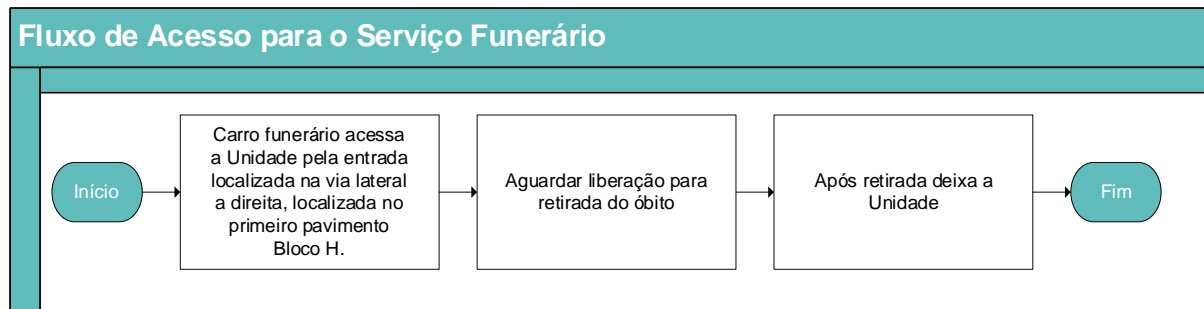
Figura 38 - Proposta de fluxo de acesso para emergência/ Pronto Socorro – Demanda espontânea.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

6. Fluxo de acesso para o Serviço Funerário

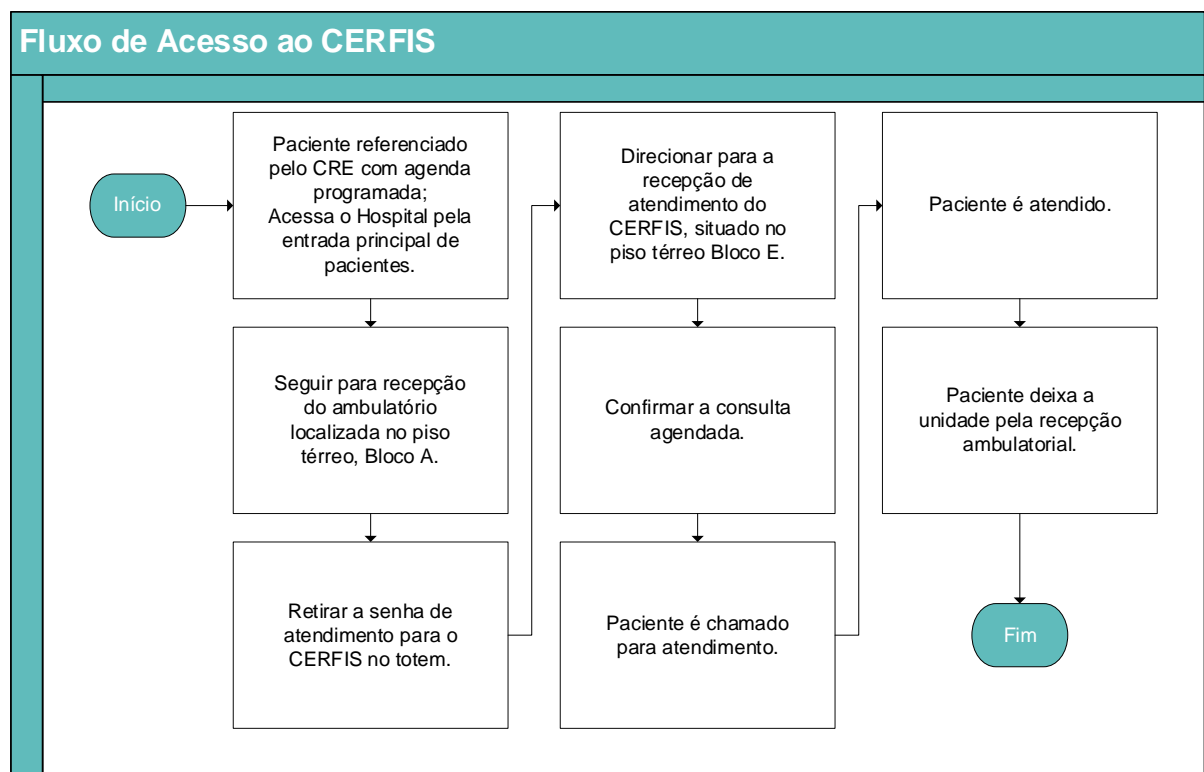
Figura 39 - Fluxo de acesso para o Serviço Funerário.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

7. Fluxo de acesso do paciente ao CERFIS

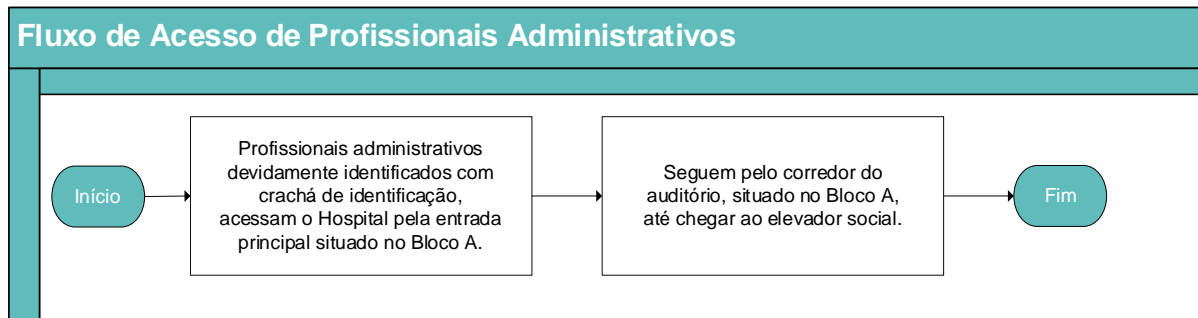
Figura 40 - Fluxo de acesso do paciente ao CERFIS.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

8. Fluxo de acesso de profissionais administrativos

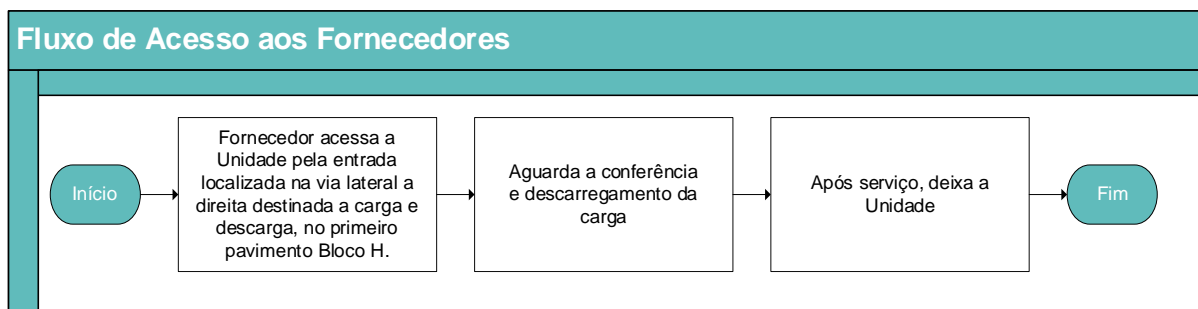
Figura 41 - Fluxo de acesso de profissionais administrativos.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

9. Fluxo de acesso de fornecedores

Figura 42 - Fluxo de acesso de fornecedores.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

1.1.1.2. Fluxos para Registros e Documentos de Usuários Administrativos

a) Fluxo de registros de usuários

O registro do usuário para início de um atendimento é imprescindível, visando garantir a segurança das informações institucionais. Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados coletados e registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário iniciará o seu registro na unidade em seu primeiro atendimento. A equipe da recepção da Unidade realizará a busca da identificação no sistema SERVIR

e/ou CADSUS WEB e, se necessário, atualizará dados existentes, tais como endereço e contato telefônico.

O paciente receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente. É necessário, ainda, que o paciente forneça, no ato do registro, contato telefônico de familiar e/ou rede de apoio, que ficará à disposição da equipe para casos de orientações, busca ativa, emergências etc.

O recepcionista deverá escanear e arquivar em prontuário, físico e eletrônico, cópia do documento pessoal e comprovante de endereço do usuário.

Os documentos gerados em meio físico, durante a jornada do paciente na Unidade, serão encaminhados ao SAME para o arquivamento e controle.

No prontuário iniciado deverão ser evoluídos e/ou arquivados todos os atendimentos, procedimentos e exames realizados pela equipe assistente ao paciente, incluindo equipe médica, de enfermagem e multiprofissional, devendo o documento ser claro, organizado e com Plano Terapêutico descrito, conforme proposto na Política de Humanização.

O prontuário deverá servir como base para a comunicação entre profissionais de saúde, integrando e garantindo a continuidade do tratamento. As informações também darão maior segurança ao paciente, que tem o direito de ser esclarecido sobre o documento.

Os registros dos usuários na Unidade seguirão o fluxo do Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, conforme demonstrado abaixo.

I. Registro de cadastro na Recepção

Figura 43 - Tela para registro do cadastro do paciente na Recepção.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 44 - Tela para registro do paciente ambulatorial.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 45 - Tela para emissão da AIH.

Fonte:

Sistema SOUL MV.

II. Registro de reserva de leito

Figura 46 - Tela para reserva de leito.

The screenshot displays the 'Tela de Monitoramento' window. At the top, there's a 'Pré-Interações e Solicitações de Transferências (Fila de Espera)' table with columns: Protocolo, Nome do Paciente, Tipo da Solicitação, Acomodação Solicitada, Solicitada para, Hora, Situação Atual, and Serviços. A row shows protocol 50332 for DANIEL LISBOA DA SILVA, requesting a 'Troca de Leito' to 'ENFERMARIA ADULTO' on 16/06/2021 at 09:32, with status 'Solicitada' and 'CIRURGIA' services.

Below the table are tabs for 'Atendimento', 'Detalhes da Solicitação', 'Detalhes da Reserva do Leito', 'Detalhes do Paciente', and 'Detalhes do Aviso de Cirurgia'. The 'Detalhes da Reserva do Leito' tab is active, showing fields for 'Motivo de transferência' (INFECCAO), 'Solicitado em' (16/06/2021 09:41), 'Unidade Solicitada' (ENFERMARIA ADULTA), 'Leito Atual será Reservado', 'Leito Reservado', 'Unidade de Internação Sugerida', and 'Leito Sugerido'. A red box highlights the 'Observação da Transferência ou da Pré-interação' field containing 'PACIENTE IPC+ ACINETO - NECESSITA ISOLAMENTO'.

At the bottom, a 'Reserva de Leito para Paciente' form is visible, with fields for 'Leito a ser reservado' (452), 'Tipo de Acomodação' (EXTRA-CIRUR 07), 'Unidade de Internação' (EXTRA-CENTRO CIRURGICO), and 'Motivo da Transferência de retorno do paciente' (INFECCAO). A confirmation dialog box is open, stating 'Reserva de Leito Realizada com Sucesso!' with 'OK' and 'Cancelar' buttons.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 47 - Tela para transferência de leito

The screenshot shows the 'TRANSFERÊNCIA DE LEITO' section of the SOUL MV system. A sidebar on the left contains navigation options like 'CHEGAGEM', 'BALANÇO HÍDRICO', 'COLETA', 'NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA', 'DOCUMENTOS CENTRO CIRÚRGIC...', 'MAPA DE CICATRIZAÇÃO', 'TRANSF / ALTA HOSPITALAR', 'SOLICITAÇÃO DE PARECER', 'IMPRESSÃO E CONSULTA DE PRO...', 'FICHA ANESTÉSICA', 'CIRURGIA SEGURA', 'PROJETO TERAPEUTICO SINGULAR', and 'INCLUSÃO DE ANEXOS'.

The main area is titled 'TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE' and shows a form with the following fields:

- Código: [empty]
- Atendimento: [empty]
- Paciente: [empty]
- Nome: [empty]
- DI Internação: 28/10/2021
- Hora: 16:26
- Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
- Origem: 24 RECCAO INTERNACAO
- Motivo de Transferência: 0303140151 TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU
- Unidade de Internação Atual: 46 CRITICOS - INTERNACAO 2B
- Unidade de Internação Sugerida: [empty]
- Leito Atual: 5675 LEITO 61.1 B
- Leito Sugerido: [empty]
- Tipo de Acomodação Atual: 38 UTI ADULTO COVID
- Novo Tipo de Acomodação: [empty]
- Unidade de Internação: [empty]
- Data/Hora Transferência: [empty]
- Motivo de Transferência: [empty]
- Tipo de Limpeza: [empty]

At the bottom, there's a footer with 'Registra: 1/1' and 'MOV_INT_CD_ATENDIMENTO [1]'.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 48 - Tela do painel de gerenciamento de leitos.

The screenshot displays a 'Painel da Internação (Std)' window. At the top, there are tabs for 'Situação dos Leitos', 'Previsão de Entrada', 'Internados', and 'Cancelados'. The main area is a grid with columns for 'Unid. de Internação', 'Leito', 'R', 'S', and 'Data'. The rows represent different units and their respective beds. The status of each bed is shown in a colored square: red (occupied), blue (reserved), green (available), yellow (pending), pink (on hold), and purple (cancelled). The status bar at the bottom shows 'READ', 'Registro: 1/28', 'BL_LEITOS.DS_UNID_INT [1]', and 'C_PAINEL_LEITOS'.

Fonte: Sistema SOUL MV.

III. Registro de cadastro para internação

Figura 49 - Tela de cadastro do paciente em pré internação.

The screenshot shows a 'Pre-Internação' form. The top section is titled 'Previsão de Internamento' and includes fields for 'Código', 'Paciente', 'Sexo', 'Telefone', 'Data Reserve', 'Auto de Ocorrência', 'Prev. Internação', 'File Espera?', 'Tipo de Prioridade File de Espera', 'Nível Urgência', 'Cidade', 'UF', and 'Previsão de Alta'. Below this, there are sections for 'Origem', 'Especialidade', 'Plano', 'Procedimento', 'Tipo de Internação', 'Unidade de Internação', 'Número de Guia', 'Dias Aut.', 'Pr. Aut.', 'Senha', 'Modif. Guia Autor?', 'Serviço', 'Acompanhante?', 'Reserva?', and 'Chegada Pac.'. The status bar at the bottom shows 'Registro: 0/1', 'PAIN', and 'EDIT'.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 50 - Tela do prontuário do paciente internado.

RESUMO CLÍNICO
 ADMISSÃO ENFERMAGEM
 PROT. SEPSE
 PROTOCOLO JEIUM
 SAE
 AVALIAÇÕES
 AVALIAÇÕES NUTRICIONAIS
 SINAIS VITAIS
 EVOLUÇÃO
 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 DOCUMENTO HEMODIÁLISE
 CHECAGEM
 BALANÇO HÍDRICO

AVENIDA SENADOR JOSE LOURENÇO
 ANAPOLIS - GOIAS, CEP 75020010

Nome de registro: _____ Data de nascimento: _____ Nacionalidade: BRASILEIRA
 Naturalidade: _____ Tipo sanguíneo: _____ Raça: Parda
 Profissão: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____
 Mãe: _____ Sexo: _____ RG: _____ CPF: _____ SANE: _____ Código do paciente: _____
 CNES: _____

Sinais Vitais
 Exames Laboratoriais
 Exames de Imagem
 Medicamentos Prescritos
 Balanço Hídrico
 Histórico de atendimentos
 Riscos
 Precauções
 Histórico de Isolamentos
 Última evolução

Fonte: Sistema SOUL MV.

IV. Registro de assistência do paciente internado

Figura 51 - Tela de resumo clínico do paciente internado.

RESUMO CLÍNICO
 ADMISSÃO ENFERMAGEM
 PROT. SEPSE
 PROTOCOLO JEIUM
 SAE
 AVALIAÇÕES
 AVALIAÇÕES NUTRICIONAIS
 SINAIS VITAIS
 EVOLUÇÃO
 PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
 DOCUMENTO HEMODIÁLISE
 CHECAGEM
 BALANÇO HÍDRICO

AFERIÇÕES ALERGIAS CIRURGIAS

Aferições

Apresentação Analítica Apresentação Gráfica

Período: 16/11/2021 até 19/11/2021 Atendimentos: []

Apresentação Analítica das Aferições

	Data e Hora de Coleta	T	FRQP (M2BR)	TPM (M2BR)	FC	FR	P.A.S.
T	19/11/2021 10:00:00	36.1 (°C)	-	-	102.0 (BPM)	35.0 (RPM)	157.0 (MMHG)
FRQP (M2BR)	19/11/2021 08:00:00	35.2 (°C)	-	-	86.0 (BPM)	28.0 (RPM)	116.0 (MMHG)
TPM (M2BR)	19/11/2021 06:00:00	35.5 (°C)	-	-	103.0 (BPM)	28.0 (RPM)	156.0 (MMHG)
FC	19/11/2021 03:57:00	34.7 (°C)	-	-	97.0 (BPM)	28.0 (RPM)	136.0 (MMHG)
FR	19/11/2021 02:00:00	35.1 (°C)	-	-	90.0 (BPM)	28.0 (RPM)	116.0 (MMHG)
	18/11/2021 23:52:00	35.5 (°C)	-	-	101.0 (BPM)	28.0 (RPM)	159.0 (MMHG)
	18/11/2021 22:00:00	36.0 (°C)	-	-	108.0 (BPM)	28.0 (RPM)	171.0 (MMHG)
	18/11/2021 19:50:00	37.9 (°C)	-	-	112.0 (BPM)	30.0 (RPM)	166.0 (MMHG)
	18/11/2021 18:00:00	36.3 (°C)	26.0 (BPM)	-	114.0 (BPM)	-	161.0 (MMHG)

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 52 - Tela de admissão da enfermagem.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 53 - Tela de abertura de protocolos assistenciais.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 54 - Tela para Sistematização da Assistência de enfermagem.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 56 - Tela para registro de Triagem Nutricional por faixa etária.



Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 55 - Tela para registro de Aferições de Sinais Vitais.



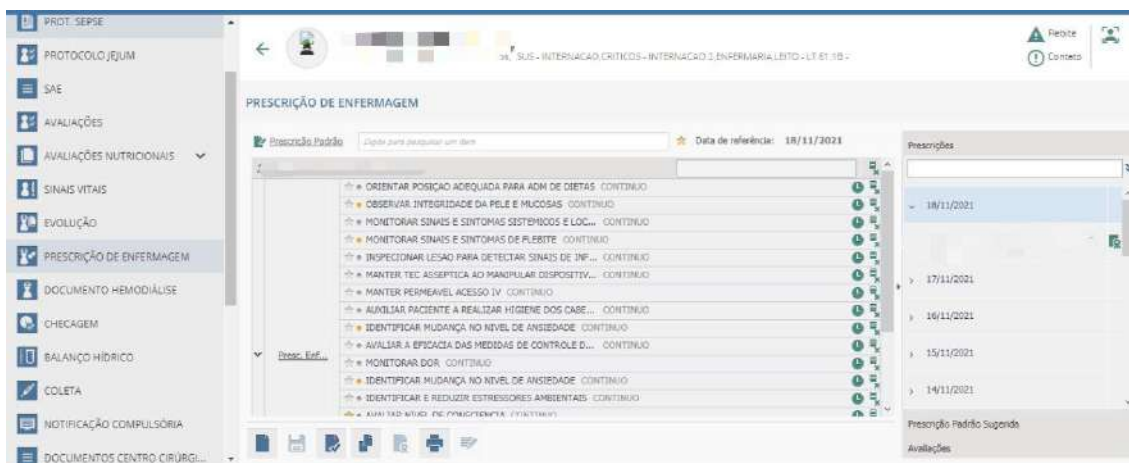
Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 57 - Tela para registro de evolução multiprofissional.



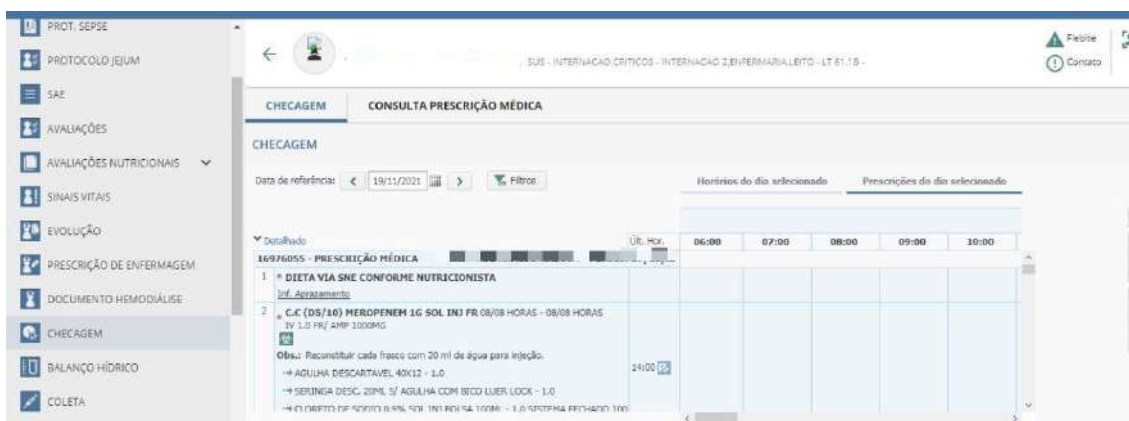
Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 58 - Tela para registro da prescrição de enfermagem.



Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 59 - Tela para registro de checagem de medicamentos.



Fonte: Sistema SOUL MV.

V. Registro de alta

Figura 60 - Tela de registro de alta médica.

The screenshot shows a web-based form titled 'Alta Médica de Paciente'. At the top, there are tabs for 'Bem vindo' and 'Alta de Paciente'. The form is organized into several sections:

- Atendimento:** Fields for 'Paciente', 'Nome do Paciente', 'Data Internação', 'Hora', 'Leito', and 'Desc. Leito'.
- Serviço:** Fields for 'Dt Alta Médica', 'Hr Alta', 'Dt Alta Hospitalar', and 'Hr Alta'.
- Motivo de Alta:** A dropdown menu.
- Tipo de Limpeza:** A dropdown menu.
- Declaração de Óbito:** Fields for 'Setor do Óbito' and a checkbox for 'Para óbito em pacientes do sexo feminino'.
- Procedimento de Alta:** A dropdown menu.
- Procedimento CIH:** A dropdown menu.
- Serviço de Alta:** A dropdown menu.
- Especialidade de Alta:** A dropdown menu.
- Local Transferência:** A dropdown menu.
- Motivo de Transferência:** A dropdown menu.

Fonte: Sistema SOUL MV.

Figura 61 - Tela de registro de alta hospitalar.

This screenshot shows the 'Alta Hospitalar de Paciente' form, which is visually identical to the medical discharge form in Figure 60. It includes the same fields for patient information, admission, and discharge. The interface also shows a 'Carregando...' status bar at the top right and a 'Registro: 0/2' indicator at the bottom right.

Fonte: Sistema SOUL MV.

b) Fluxo de registro e documentos administrativos

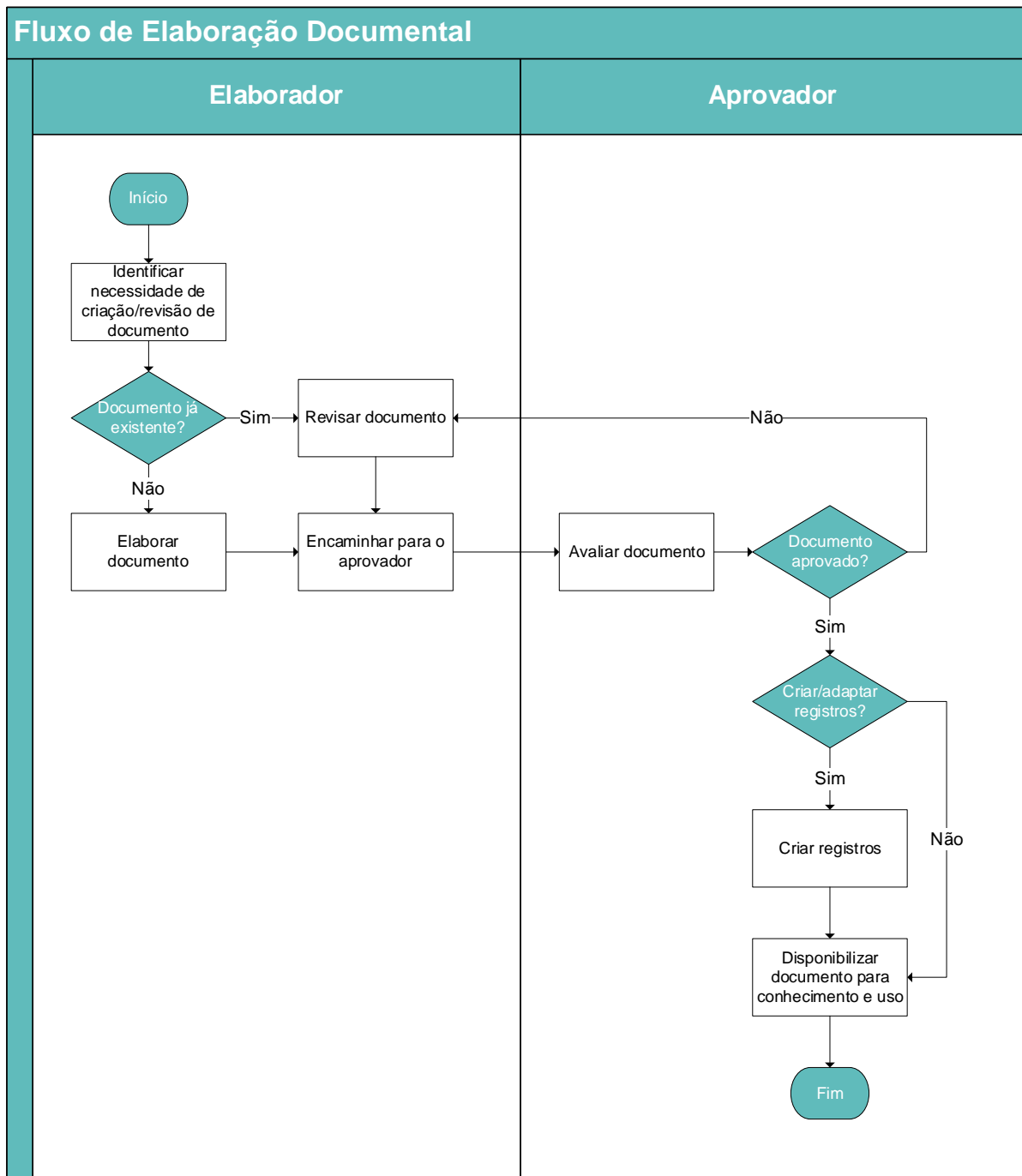
Todo o trabalho prestado no HECAD deverá ser direcionado por um documento previamente construído e validado pela Gestão da Qualidade da Unidade, garantindo assim a padronização e uniformização dos processos de trabalho, tanto na área assistencial, quanto nas áreas técnica e administrativa.

Atualmente, a Agir adota o gerenciamento dos documentos em 7 (sete) categorias, de forma a padronizar o processo de elaboração e controle, a saber:

- **POL** – Documento que declara as Políticas Institucionais, o escopo e a integração dos processos e traz as deliberações estratégicas, tais como segurança da informação, comunicação, projetos, contratos e outras;
- **DIS** – Diretriz de Suporte, que descreve as recomendações técnicas e administrativas para a padronização dos processos e serviços com diretrizes táticas, tais como protocolos, programas e rotinas;
- **POP** – Procedimento Operacional Padrão, que descreve as etapas para a realização de um processo ou tarefa ao nível operacional. É a definição de quem e como a operação será feita, por exemplo o passo a passo para inserção de dados em um sistema;
- **REG** – Registro da Qualidade, que é o documento que fornece evidência objetiva de atividades realizadas ou resultados obtidos, devendo ser armazenado temporariamente ou em caráter permanente, tais como lista de presença, ata de reunião, entre outros;
- **MDO** – Documento que serve como Modelo Padrão para transmissão de informações sem retenção, tais como modelo de apresentação de slides, etiquetas e outros;
- **DEX** – Documento de Origem Externa, que é utilizado para registros de atividades ou consulta a resoluções normativas, tais como Normas Regulamentadoras – NR e outros;
- **DLE** – Documentos Legais que apresentam os requisitos para funcionamento da instituição, tais como procurações, alvarás e outros.

O fluxo para elaboração e validação dos registros administrativos - evidências fundamentais ao bom funcionamento do Sistema De Gestão Da Qualidade – SGQ - é crucial para a segurança das informações institucionais e ocorre conforme demonstrado a seguir:

Figura 62 - Fluxo de Elaboração Documental.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Quanto aos parâmetros para controle de cada registro (identificação, armazenamento, proteção/acesso, recuperação, retenção e disposição dos registros), estes serão definidos por meio de uma tabela que faz parte do próprio REG e/ou dos documentos de referência (DIS e POP), conforme as seguintes orientações sobre o conteúdo dos campos:

- **Identificação:** Identificação/código do registro;
- **Armazenamento:** Discrimina o local de arquivo ou setor onde o registro é armazenado, e/ou pasta eletrônica onde o arquivo é guardado;
- **Proteção/acesso:** Discrimina as condições para manter a integridade do registro / Quem pode ter acesso ao registro;
- **Recuperação:** Discrimina a forma de recuperação, seja por data, número do prontuário do paciente ou nome do paciente, por exemplo;
- **Retenção:** Discrimina por quanto tempo o registro é guardado;
- **Disposição:** Discrimina o que fazer com os registros após o término do período de retenção. Cada área deverá controlar os registros de sua responsabilidade, conforme os parâmetros especificados nos próprios documentos. Condições adequadas de armazenamento e manutenção de registro são garantidas pela observação desses parâmetros.

Os REG poderão ser utilizados e armazenados no PEP e o seu *layout* poderá ser adaptado para o sistema eletrônico. O parâmetro de recuperação desses registros será assegurado por *backup*.

Considerando as responsabilidades, apresentam-se as seguintes definições e atribuições:

Elaborador: Função executada por colaboradores de todas as áreas, em geral por gestores e responsáveis por áreas, com as seguintes competências:

- Elaborar documentos inerentes ao processo/contrato de sua responsabilidade, de acordo com os padrões de formatação de documentos definido pela Agir;
- Subir o documento em sistema próprio;
- Visionar o documento, quando for detectada sua necessidade de atualização;
- Revisar os documentos de sua responsabilidade, conforme sua vigência;
- Obsoleter o documento de sua responsabilidade, quando necessário;
- Definir os parâmetros de controle para cada registro do SGQ;
- Encaminhar o documento para o revisor de acordo com a demanda, ou seja, evitar o congestionamento de documentos.

A elaboração de novos documentos ou atualização de documentos existentes poderá, também, ser detectada pelos usuários desses, por meio de análise dos requisitos do sistema, relatórios de avaliação interna, registros de oportunidades de melhoria, ações corretivas, preventivas ou de melhorias.

Revisor: Função executada pela Gerência da Qualidade - GQUALI, com as atribuições de:

- Manter arquivo da documentação do SGQ e *backups*;
- Controlar a distribuição dos documentos do SGQ;
- Monitorar a elaboração ou revisão dos documentos do SGQ;
- Verificar se o documento está no padrão institucional;
- Definir o fluxo de aprovação do documento;
- Dar andamento no fluxo de aprovação dos documentos, conforme a demanda institucional, sempre evitando o congestionamento destes.

Aprovador: Função executada pelos supervisores, gerentes ou diretores do setor, aos quais caberá:

- Analisar criteriosamente o documento;
- Aprovar (ficará disponível no SGQ) ou reprovar o documento (voltará para o elaborador com a justificativa apropriada).

A aprovação dos documentos acontecerá em fluxo contínuo, a partir do recebimento destes, após a etapa de revisão/verificação, a depender de cada perfil de documento.

Distribuidor: Função executada pela GQUALI, sendo esta responsável por distribuir os documentos com cópia não controlada.

Os documentos ficarão disponíveis no SGQ ou no Sistema Interact (para aqueles que possuem usuários). Ou seja, para o colaborador ter acesso aos documentos em caráter de pesquisa ou realizar algum registro, ele deverá acessar o sistema.

Usuários: Função executada por todos os colaboradores do HECAD, que deverão utilizar adequadamente os documentos do SGQ, observando o controle e a

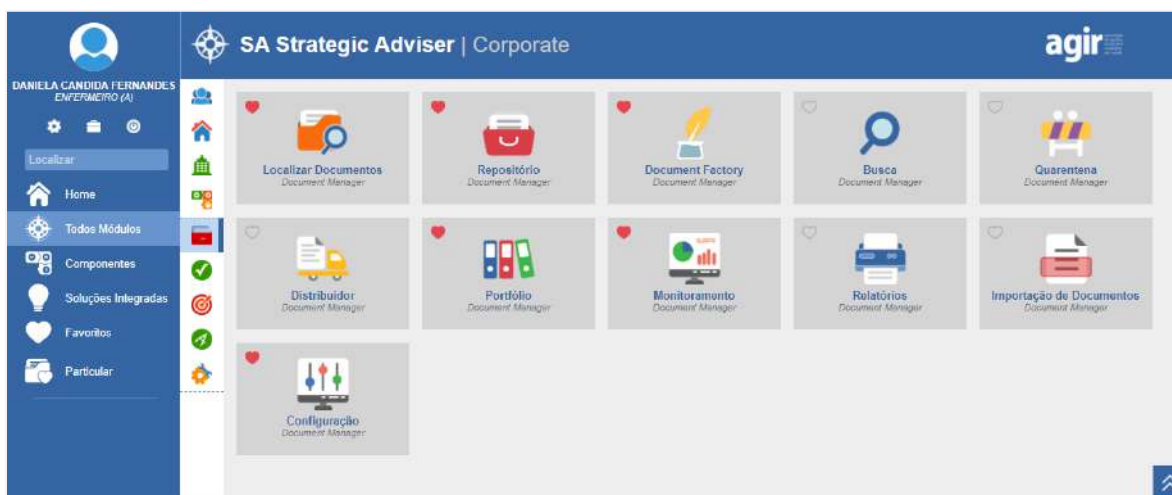
rastreabilidade deles, bem como atentar-se para a utilização da versão atual do documento.

Ressalta-se que, em hipótese alguma, os colaboradores deverão armazenar no setor documentos em sua forma física para acessos futuros, evitando assim a utilização de documentos desatualizados.

Desta forma, propõe-se para o HECAD, assim como já é realizado em todas as demais Unidades gerenciadas pela Agir, a utilização do Sistema informatizado SA *Interact* para o gerenciamento e controle de toda a informação documental interna. Por meio deste sistema, todo profissional terá acesso ao módulo para criação, revisão, busca, consulta, leitura e impressão de documentos, conforme a autorização do seu perfil de acesso.

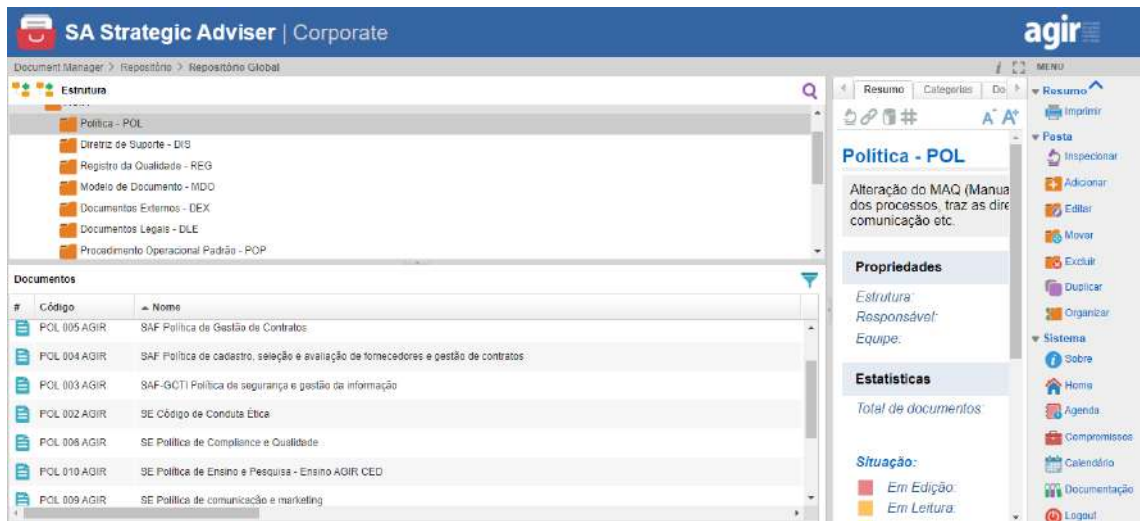
No que se refere ao fluxo de documentos externos, como ofícios, processos de contratações e aquisições, atas de reuniões, entre outros, deverá ser utilizado o sistema e-Doc, que possibilita a rastreabilidade e a assinatura eletrônica das partes envolvidas.

Figura 63 - Tela do Interact: módulo de documentos.



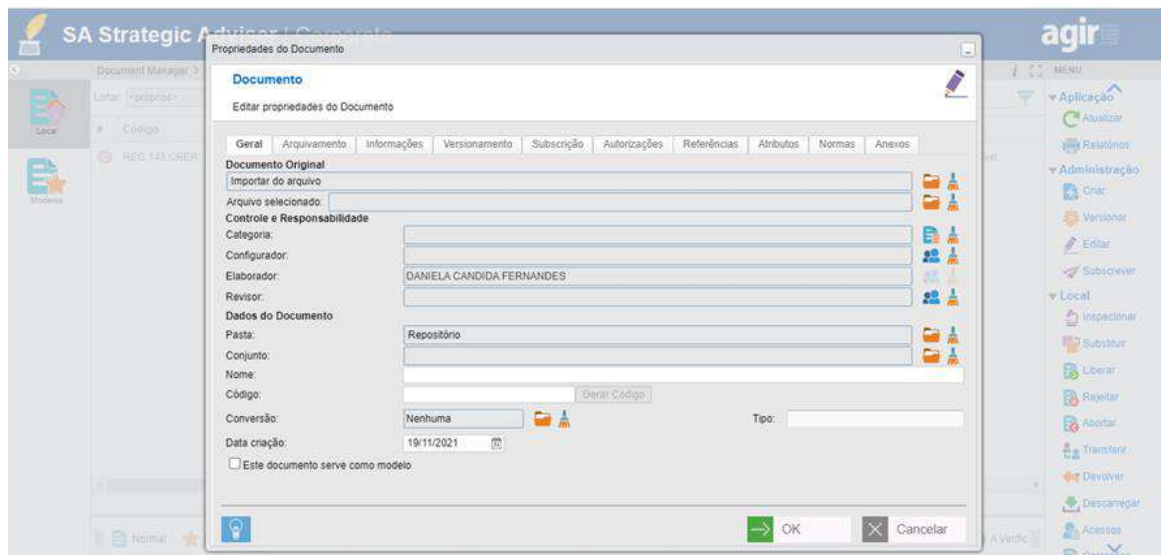
Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

Figura 64 - Tela do Interact: repositório de documentos.



Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

Figura 65 - Tela do Interact: criação de documentos.



Fonte: Sistema SA Strategic Adviser.

Figura 66 - Tela do e-Doc: abertura de processos.

Fonte: Sistema e-Doc Agir.

Figura 67 - Tela do e-Doc: busca de documentos/ processos.

Fonte: Sistema e-Doc Agir.

1.1.1.3. Fluxos Unidirecional para Materiais Esterilizados

A Central de Material e Esterilização - CME é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinada a receber materiais considerados sujos e contaminados. É responsável por realizar a descontaminação do material, preparo e a esterilização, bem como prepara e esteriliza o enxoval oriundo da lavanderia, armazenando os artigos processados e distribuindo-os para as unidades consumidoras.

De acordo com a RDC nº 15/2012, a CME do HECAD é classificada como classe 2, centralizada. Ela está localizada no piso térreo do bloco D da Unidade.

A CME deve garantir que todas as etapas do reprocessamento do material - recebimento, separação, limpeza, secagem, preparo, acondicionamento, desinfecção e esterilização - sejam realizadas corretamente, passando por processos

padronizados e controlados. Deve garantir, ainda, que a utilização dos artigos ocorra sem que haja risco ou comprometimento da qualidade do serviço prestado ao usuário e, também, que a segurança ocupacional seja efetiva.

Serão consideradas as seguintes áreas na CME da Unidade:

- **Área suja (expurgo):** destinada ao recebimento e lavagem dos artigos encaminhados pelos diversos setores de assistência ao usuário;
- **Área limpa:** destinada ao preparo dos materiais e montagem da carga do processo de esterilização;
- **Área estéril:** destinada à retirada dos materiais e roupas já esterilizadas e acondicionamento destes materiais.

Serão finalidades da CME no HECAD:

- Receber, limpar, preparar, esterilizar e distribuir todo o material da Unidade;
- Manter os equipamentos de limpeza, desinfecção e esterilização em perfeita ordem;
- Monitorar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização, utilizando os testes em cada etapa;
- Interagir com a programação cirúrgica da Unidade, resguardando o processamento de todo o material necessário;
- Levantar, mensalmente, estatística do serviço realizado;
- Manter atualizados os registros de processamento, a fim de garantir a rastreabilidade dos Produtos para Saúde - PPS;
- Controlar, diariamente, o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Elaborar e colocar em prática o Manual de Organização específico para o serviço;
- Padronizar, no expurgo da CME, a recepção de materiais contaminados e a execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais, conforme a natureza da constituição de cada material devidamente padronizado;

- Implantar e capacitar os profissionais para a retirada e entrega de materiais, conforme fluxo definido, objetivando o não cruzamento de materiais limpos e contaminados;

As tarefas executadas pela CME do HECAD deverão seguir a normatização da RDC nº 307/2002, que determina as seguintes atividades básicas:

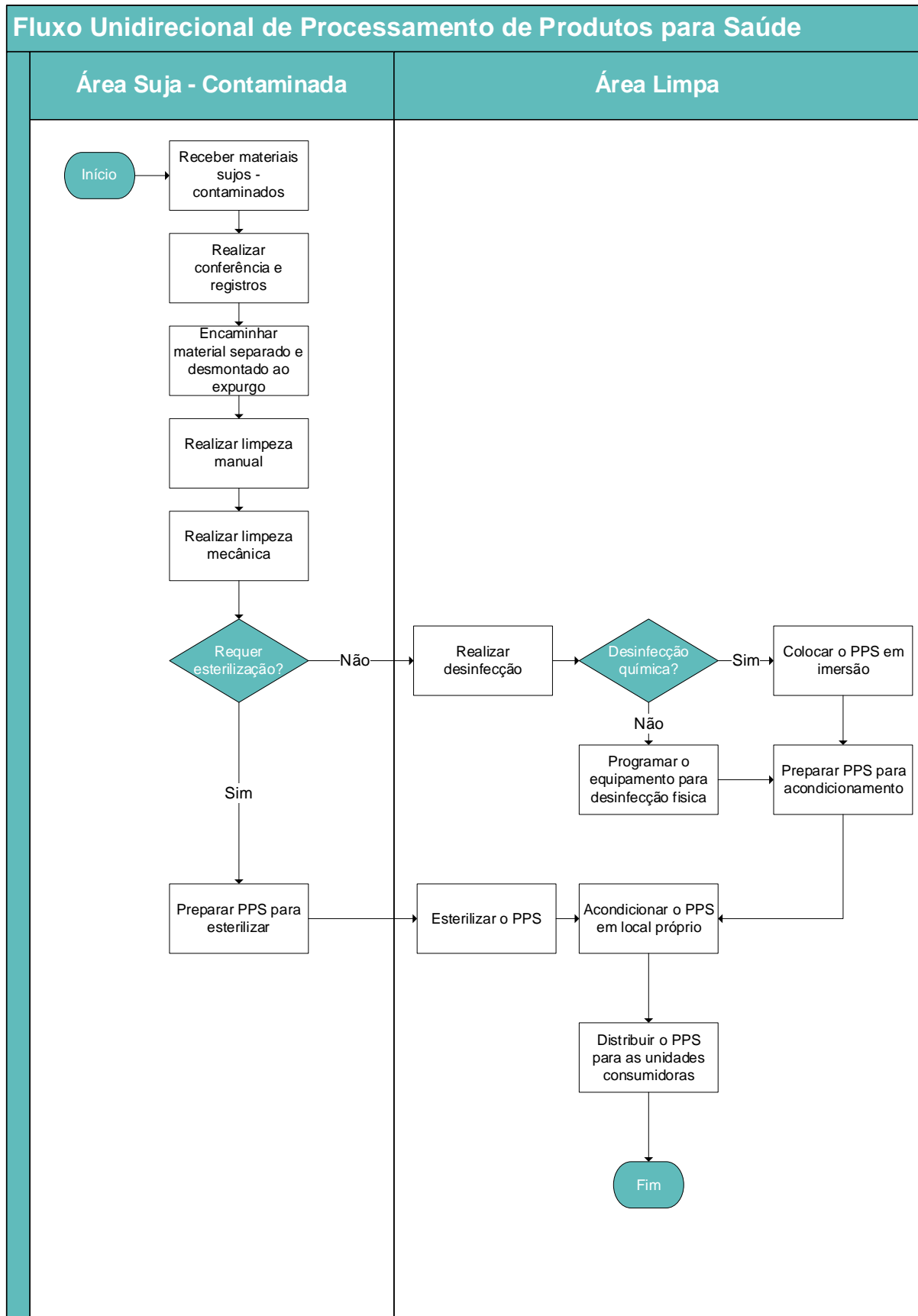
- Receber, registrar e separar os PPS utilizados na Unidade;
- Realizar a lavagem manual e mecânica dos materiais;
- Receber, dobrar e empacotar as roupas vindas da lavanderia;
- Inspeccionar e preparar os materiais;
- Esterilizar as roupas e PPS, utilizando dos métodos físicos e/ou químicos;
- Realizar o controle biológico e de validade dos artigos esterilizados;
- Acondicionar as roupas e PPS, de acordo com as recomendações de qualidade e segurança;
- Distribuir os PPS, conforme a necessidade diária de cada unidade consumidora;
- Proteger e zelar pela segurança dos profissionais que trabalham na CME.

O fluxo na CME deverá ser unidirecional e contínuo, evitando, desta forma, o cruzamento de PPS sujos com os limpos, bem como o trânsito dos profissionais que trabalham na área suja pela área limpa, e vice-versa.

Para essa finalidade, serão instaladas barreiras físicas ou técnicas entre as áreas. Além disso, o acesso de pessoas, como demonstrado anteriormente nesta proposta, será restrito aos profissionais que ali trabalham ou àqueles que receberem uma autorização para adentrar o setor.

Segue fluxograma unidirecional de processamento de PPS a ser implantado na Unidade:

Figura 68 - Fluxo de processamento de PPS.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

1.1.1.4. Fluxos Unidirecional para Roupas

O gerenciamento de roupas nos serviços de saúde tem como finalidade coletar, separar, pesar, encaminhar para lavagem, processar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde.

A Lavanderia do HECAD, localizada no subsolo, bloco A, será considerada um serviço de apoio com atividade especializada, devendo garantir o atendimento da demanda e a continuidade da assistência.

O processamento da roupa do HECAD abrangerá as atividades:

- Retirada da roupa suja da unidade geradora;
- Coleta e transporte da roupa suja até a sala de armazenamento temporário;
- Separação, pesagem e encaminhamento para a lavanderia (externa);
- Recebimento e pesagem da roupa limpa;
- Separação, dobra e embalagem da roupa limpa;
- Distribuição para esterilização;
- Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa para as unidades consumidoras.

Além disso, caberá ao setor:

- Utilizar técnicas e produtos adequados;
- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;
- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;
- Realizar inventário, semestralmente, e introduzir dispositivos que permitam o melhor controle possível da roupa;
- Monitorar, através de indicadores, o índice de desvio e sujidade;
- Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os meios de proteção da roupa;

- Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;
- Levantar, mensalmente, estatística discriminada do movimento.

O processamento de roupas compreenderá as seguintes etapas:

1. Remoção da roupa suja da unidade geradora

- Na retirada da roupa suja da unidade geradora, haverá o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções-padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Neste sentido, será feita apenas a pesagem e nunca a contagem de roupas sujas;
- A roupa suja será imediatamente colocada em saco *hamper*, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento. O transporte será efetuado por meio de carro de transporte ou por tubo de queda;
- A roupa será transportada dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade para a de menor sujidade e, aquelas que estiverem molhadas ou mais sujas serão colocadas no centro do saco, evitando o vazamento de líquidos e a contaminação do ambiente, dos funcionários ou de outros pacientes. Desta forma, todas as roupas utilizadas no serviço de saúde serão consideradas como contaminadas;
- O local destinado para o armazenamento da roupa suja na unidade geradora será arejado e higienizado, conforme rotina pré-estabelecida, a fim de se evitar o aparecimento de insetos e roedores.

2. Coleta e transporte da roupa suja

- A coleta será realizada em horário pré-determinado, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma permanecerá o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento. O tempo em que a roupa suja permanecerá depositada antes de ser processada estará mais relacionado a questões práticas, como remoção de manchas e aspectos estéticos, do que ao controle de infecção.
- Para a coleta e o transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade de processamento seguirá as orientações de manuseio contidas no item anterior e também estará adequadamente paramentado, conforme estabelecido nas normativas de Medidas de Prevenção e Controle de Infecção, preconizadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

- O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde será exclusivo para esse fim. Ele será leve, de fácil higienização e possuirá dreno para eliminação de líquido, sendo confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, estará nitidamente identificado, a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

3. Transporte de roupa para a unidade de processamento externa

Ao transportar a roupa para a unidade de processamento externa ao serviço de saúde, será considerado que:

- A separação entre roupa limpa e suja será rigorosa, envolvendo, preferencialmente, veículos distintos ou, pelo menos, com áreas separadas;
- O veículo poderá ser dividido, fisicamente, em 2 (dois) ambientes com acessos independentes para separar a roupa limpa da roupa suja;
- Caso a unidade de processamento possua apenas 1 (um) veículo para o transporte de roupa limpa e suja, primeiramente, será distribuída toda a roupa limpa, e posteriormente, será realizada a coleta da roupa suja;
- No caso citado anteriormente, o veículo passará pelo processo de limpeza e desinfecção, após a coleta de roupa suja;
- O serviço possuirá, por escrito, todo o processo de limpeza e desinfecção dos veículos de transporte.

4. Processamento da roupa na sala de recebimento da roupa suja

- Na “área suja” da unidade de processamento, a roupa será classificada e pesada antes de ser encaminhada ao serviço externo de lavanderia, com mínimo de agitação e manuseio das roupas.

5. Processo de lavagem

- A lavagem das roupas será realizada de acordo com as normas e protocolos do serviço externo de lavanderia.

6. Distribuição da roupa na área limpa

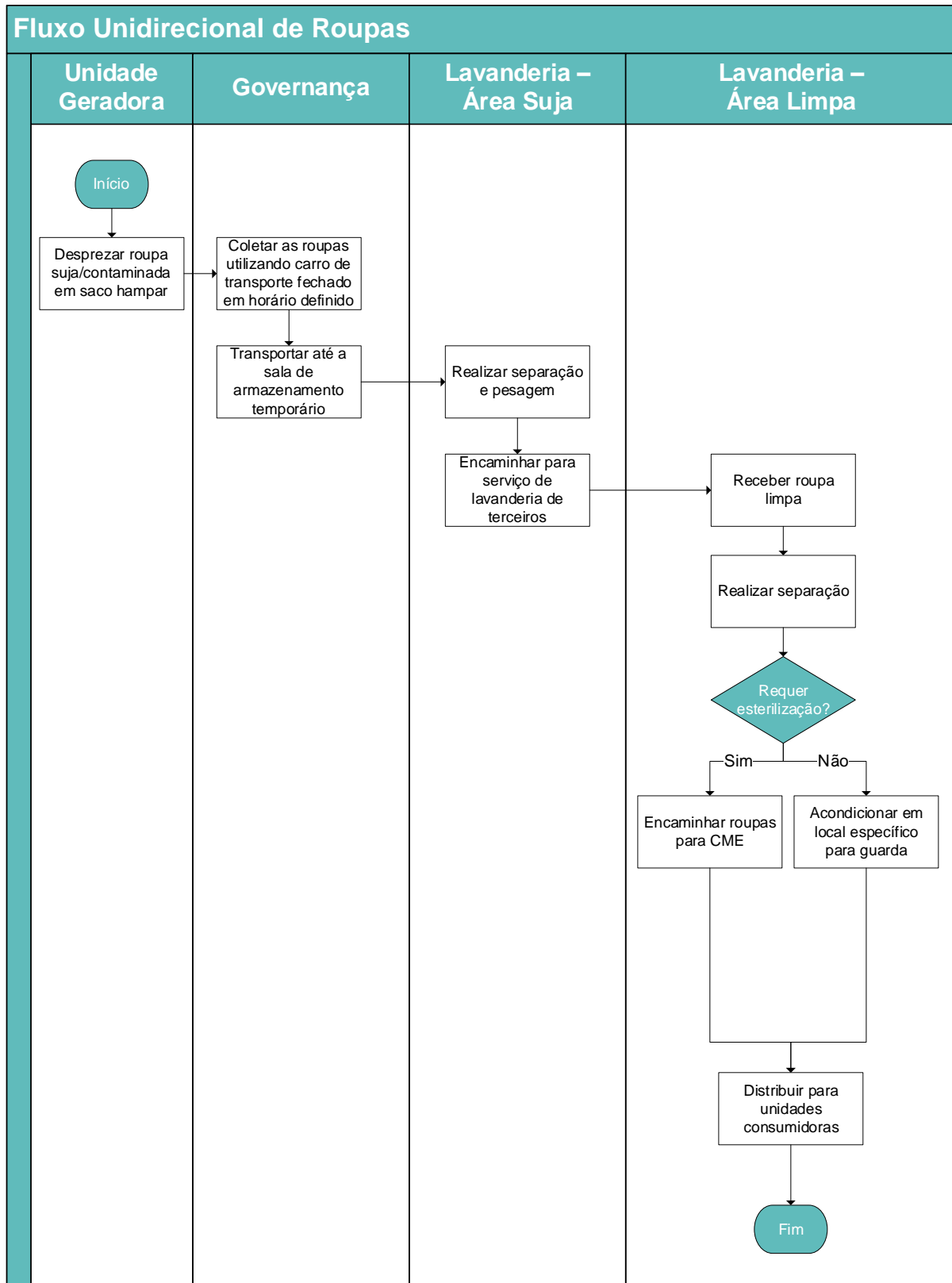
- A distribuição de roupa limpa para as unidades do HECAD será feita pela equipe da lavanderia e será realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da

roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos e, preferencialmente, exclusivos para esse fim;

- No caso de roupa limpa não ser distribuída de forma embalada (em sacos plásticos ou de tecido), o carro de transporte será exclusivo. Serão verificadas, rigorosamente, as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação;
- A roupa limpa não será transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presentes nas mãos ou roupas dos profissionais.

A seguir, é apresentado o fluxo unidirecional de roupas, considerando que o processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de esterilização, armazenamento e distribuição.

Figura 69 - Fluxo Unidirecional de Roupas.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

1.1.1.5. Fluxos Unidirecional de Resíduos de Serviço de Saúde

Considerando o disposto na RDC nº 222/2018, Resíduos dos Serviços de Saúde – RSS são todos os materiais descartados, resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, tais como prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não o tratamento prévio à sua disposição final.

O gerenciamento dos RSS consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados a partir de bases científicas, técnicas, normativas e legais com o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar a eles um manejo seguro e eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Para o gerenciamento de resíduos do HECAD será implementado o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde – PGRSS, que corresponde a um documento que especifica um conjunto de procedimentos que devem ser empregados em unidades que prestam serviços ligados a saúde, sendo consideradas, portanto, como geradores de resíduos de saúde.

O PGRSS será elaborado em conformidade com as disposições da RDC nº 222/2018, da Resolução CONAMA nº 358/2005 e da Lei Federal 12.305/2010, bem como das regulamentações norteadoras do município de Goiânia.

Portanto, o documento visará promover, em caráter consultivo, alicerces norteadores para promoção correta do manejo integral dos resíduos e rejeitos da Unidade, elencando como objetivos primordiais:

- Informar a comunidade os procedimentos corretos para o gerenciamento de resíduos, com finalidade de fortalecer positivamente os aspectos ambientais, sociais, econômicos e financeiros;
- Estabelecer métodos educativos para racionalizar o consumo de materiais, evitando desperdícios;
- Internalizar boas práticas na gestão de resíduos, promovendo a diminuição de resíduos na fonte geradora;

- Estabelecer treinamentos com foco em segurança ocupacional e educação ambiental, objetivando controlar e reduzir acidentes de trabalho, além de fortalecer as boas práticas para uso racional de recursos;
- Alavancar a consciência ambiental, objetivando a maximização da coleta seletiva;
- Divulgar os planos de ação presentes no PGRSS realizados na Unidade para que os colaboradores tenham conhecimento do trabalho desenvolvido;
- Estabelecer o cumprimento legal, além de promover a percepção integral dos colaboradores sobre a gestão de resíduos (segregação, acondicionamento, transporte, armazenamento, tratamento).

O HECAD possui 146 leitos gerais, destes 116 são leitos de enfermaria e 30 leitos de Unidade Crítica destinados a UTI pediátrica. Todos referenciados e disponibilizados pelo SUS.

Tabela 5 - Matriz de Classificação dos Resíduos de acordo com os Serviços do HECAD.

	SETOR	Classificação dos Resíduos										
		A	A1	A3	A4	A5	B (líquido)	B (tóxico/ perfurocortante)	B (Reciclável)	D (Rejeitos)	D (Resíduos)	E
Área de exames	Ultrassonografia				x				x	x	x	
	Corredores								x			
	Raio-X				x				x	x		
	Tomografia				x			x	x	x	x	x
	Salas Administrativa								x	x	x	
Laboratório	Sala de laudo e digitação								x	x	x	
	Hematologia		x		x				x	x	x	x
	Esterilização				x				x	x	x	x
	Microbiologia				x			x	x	x	x	x
	Parasitologia				x				x	x	x	x
	Sala de coleta		x		x			x	x	x	x	x
	Sala de digitação								x	x	x	
Recepções	Sala distribuição de amostra		x		x			x	x	x	x	x
	Área de atendimento				x				x	x	x	
	Sanitários								x			
Área administrativa	Estacionamento das ambulâncias								x			
	Bloco A, pavimentos 1, 2, 3								x	x	x	
	Sanitários								x			
	Corredores								x			
UTI	Toda área administrativa								x	x		
	Ala de internação		x			x						
	Isolamento					x			x	x	x	x
	Posto de enfermagem		x			x			x	x	x	x
	Expurgo		x			x			x	x	x	x
	Sala de medicação		x			x			x	x	x	x
	Corredor central					x			x	x	x	
	Plantão médico/plantão enfermagem/plantão multiprofissional		x			x			x	x	x	x
	DML					x			x	x	x	x
	Internação	Enfermarias		x			x			x	x	x
Banheiros									x	x		
Expurgo						x			x			
Corredores									x		x	
Rouparia										x	x	
Copa apolo										x	x	
Guarda de Materiais estéreis e descartáveis										x	x	
Nutrição	Refeitório								x	x		
	Área externa								x	x		
	Área de produção								x	x		
	Almoxarifado								x	x		
	Sala de utilidades					x			x	x	x	
Lactário	Área de preparo								x	x	x	
	Salas Cirúrgicas (1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)		x		x	x			x	x	x	x
Centro Cirúrgico	Sala de recuperação Pós-anestésica				x				x	x	x	x
	Sala de Indução				x				x	x	x	x
	Farmácia Satélite							x	x	x	x	x
	Guarda de Materiais estéreis e descartáveis								x	x		
	Sala Administrativa								x	x		
	Corredor								x	x		
	Copa								x	x		
	Vestíários/sanitários								x			
	Expurgo							x	x	x	x	x
	Rouparia									x	x	
CME	Área limpa								x	x		
	Área suja					x			x	x	x	
	Vestíários/sanitários								x			
	Expurgo					x			x	x	x	
	Área Administrativa								x	x	x	
	Corredores								x	x	x	
Ambulatório	Sala de utilidades					x						
	Salas de procedimento		x			x						
	Sanitários								x			
	Corredores								x	x		
	Consultórios								x	x		
	Posto de Enfermagem								x	x		
	Sala de utilidades/DML					x			x	x		
Pronto Socorro	Farmácia Satélite							x	x	x	x	x
	Sala de sulfura/ Curativos				x							
	Sala de Gesso				x							
	Sala de Exames Indiferenciados			x			x	x	x	x	x	
	Sala de Medicação Rápida			x			x	x	x	x	x	
	Sala de Observação Pediátrica e Respiratória			x			x	x	x	x	x	
	Sala de Decisão Clínica			x			x	x	x	x	x	
	Leito de Isolamento			x			x	x	x	x	x	

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Matriz de Caracterização dos Resíduos

Quadro 1 - Matriz de Caracterização dos Resíduos.

Grupo A
<p>Subgrupo A1: Cultura e estoque de microrganismos, sobras de hemoderivados de laboratório, sobra em bolsa de sangue e hemocomponentes e material com sangue na forma livre, que são enviados para tratamento fora do hospital antes da disposição final ambientalmente correta. Rejeitos deste subgrupo são acondicionados em saco vermelho e, posteriormente, enviados para incineração.</p>
<p>Subgrupo A3: Peças anatômicas, que são acondicionadas em saco vermelho e incineradas.</p>
<p>Subgrupo A4: Kits de linhas arteriais, filtros de ar e gases, membrana filtrante, sobras de fezes e urina e seus recipientes e bolsas transfusionais vazias, tão quanto algodão com sangue contido, que podem ser descartados em aterro sanitário sem tratamento prévio, sendo acondicionados em saco branco até limite de 2/3.</p>
<p>Subgrupo A5: Órgãos, tecidos, fluidos e todos os materiais envolvidos na atenção à saúde de pacientes com certeza ou suspeita de contaminação priônica, devendo ser armazenado em saco vermelho duplo e incinerado.</p>
Grupo B
<p>Rejeitos Grupo B tóxico não perfurocortantes: Glutaraldeído, formol, ácido peracético e recipientes de medicamentos do grupo tóxico como antimicrobiano, antifúngicos e antivirais, sendo que medicamentos dessas classes, quando vencidos, bem como seus respectivos recipientes contaminados, devem ser incinerados. Podem ser armazenados em saco e lixeira de cor laranja.</p>
<p>Rejeitos Grupo B tóxico perfurocortante: Ampolas em vidro de medicamentos como antimicrobiano, antirretrovirais, quimioterápicos devem ser acondicionados em caixa resistente a punctura e ruptura, devidamente adesivada em caveirinha, respeitando o limite de 2/3 da caixa (até a linha pontilhada).</p>
<p>Rejeitos Grupo B tóxico classe I: Ampolas em vidro de medicamentos com metais pesados, amálgamas da odontologia, pilhas, baterias, lâmpadas e qualquer resíduo contaminado com metais pesados devem ser armazenados, quando livres, em recipiente com selo d'água - como amálgama por exemplo - e destinado para aterro sanitário industrial.</p>

Resíduos Grupo B reciclável: Frascos de álcool 70%, frasco de soro sem antimicrobiano, frasco de água bidestilada, frascos de saneantes, bem como demais frascos de produtos de baixo risco ambiental e humano, conforme FISPQ - Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos, podem ser estimulados a coleta seletiva, devendo estes materiais serem armazenados em contêiner vermelho.

Grupo D

Grupo D: Fraldas com fezes, inclusive com presença de melena, absorventes, equipo de soro e seus similares sem sangue e sem líquidos corpóreos (amniótico, cefalorraquidiano, pericárdico, ascítico, pleural e articular), luvas de procedimento cirúrgico sem sangue, pêlos, bolsa coletora de urina, restos alimentares, gesso, gorros, propés, abaixadores de língua, entre outros, devem ser descartados em saco preto, respeitando-se o limite de 2/3, podendo ser trocado os sacos a cada 48 horas. Quando putrefável, a troca dos sacos deve ser realizada a cada 24 horas.

Grupo D: Garrafas pets, frasco de álcool, frascos de saneantes plásticos de produtos não tóxicos, álcool degermante, frasco de clorexidina, ampolas plásticas de medicamentos, caixas tetra pak, potes de vidro, latinhas de alumínio, tão quanto qualquer material passível de reciclagem, como papelão e papel, devem ser segregados em contêiner próprio para coleta seletiva. Neste caso, contêiner vermelho para plásticos e para papel, com lixeiras e sacos azuis.

Grupo D CME: Neste departamento, além dos recicláveis produzidos em grande frequência, tem-se, também, o material explantado, composto por pinos, em sua maioria de titânio, que são extraídos do paciente, levados para CME onde são lavados e autoclavados e, posteriormente, são guardados em saco de grau cirúrgico. No HECAD, atendendo ao cumprimento da RDC nº 15/2012, estes resíduos não poderão ser desprezados em lixão e nem entregues em ferro velho, devendo ser enviados para empresas de reciclagem devidamente licenciadas (se intactos) ou para outras cooperativas (se descaracterizados).

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Nota 1. Para este plano de trabalho não serão considerados os rejeitos radioativos correspondentes do grupo C, uma vez que no HECAD os aparelhos radiológicos são digitais, logo não produzem rejeitos desta categoria.

Nota 2. O mesmo plano será revisado e adequado mediante a implantação do Serviço de Oncologia e utilização de radiosótopos no processo terapêutico

Nota 3. As Unidades geridas pela Agir, assim como o HECAD, possui plano radiológico implementando, que monitora a partir de dosadores e sinalizadores a saúde e segurança ocupacional de todos os colaboradores que laboram nestes espaços.

Acondicionamento de Rejeitos e Resíduos


Os rejeitos infectantes do grupo A1 (hemoderivados), A3 (peças anatômicas) e A5 (rejeitos priônicos) deverão ser acondicionados em saco vermelho. Já rejeitos do grupo A4 deverão ser acondicionados em saco branco leitoso.


Os rejeitos do grupo D - como fraldas, absorventes, restos alimentares, equipo de soro - e seus similares sem A1 - luvas de procedimento cirúrgico sem sangue ou líquido corpóreo, gesso, entre outros - deverão ser dispostos de forma ambientalmente correta.

Ressalta-se a observação de que nem todo material comum é rejeito, podendo e devendo a Unidade, em caráter socioambiental, estimular uma gestão ecoeficiente.

Matriz de Segregação de Resíduos

Quadro 2 - Matriz de Segregação de Resíduos

Tipo de recipiente/saco	O que descartar	Ressalvas
	<p>Segundo a RDC nº 222/2018, o saco branco leitoso serve para segregar RSS que não necessitam de tratamento prévio, podendo ser destinado para aterro sanitário.</p>	<p>Caso o Município ou Estado tenham norma legal que obrigue o tratamento de todo RSS, fica proibido o envio destes rejeitos para aterro sanitário sem tratamento prévio. Todavia, o município de Goiânia não possui norma própria que seja mais restritiva que a RDC nº 222/2018. Já o Estado de Goiás possui a Lei nº 14.248/2002, que informa em seu artigo 30 que “os RSS deverão ser, obrigatoriamente, segregados e tratados em sistemas licenciados, antes</p>

Tipo de recipiente/saco	O que descartar	Ressalvas
		de sua disposição final.” Assim, caberá à gestão do HECAD desenvolver ações educativas para promover a segregação eficiente dos rejeitos infectantes, indistintamente do grupo, devendo ser tratados antes da disposição final.
	Os rejeitos comuns similares ao doméstico, não sendo recicláveis, devem ser desprezados em saco preto, respeitando-se o limite de 2/3 do mesmo, sendo que estes sacos não precisam ser identificados e devem ser coletados das lixeiras a cada 48 horas ou a cada 24 horas, quando houver descarte de rejeitos putrefáveis.	Caso o resíduo seja papel ou plástico originado da assistência que não ofereça risco químico ou biológico, como frascos de álcool 70%, hipoclorito, clorexidina, entre outros, é orientado o armazenamento em contêiner vermelho para reciclagem. Ressalta-se que frascos que contenham informações como “Proibido reutilizar” estão aptos a reciclar, já que reciclar envolve descaracterização de material.
	Rejeitos químicos não perfurocortantes e potencialmente tóxicos devem ser acondicionados em saco de cor laranja (rejeitos tóxicos).	Caso o frasco primário de produtos não contenha tóxicos que ofereçam impacto ambiental e nem à saúde humana, este recipiente deve ser reciclável como, por exemplo, frasco de lactose, soro, cloreto de potássio, entre outros, devendo o

Tipo de recipiente/saco	O que descartar	Ressalvas
		armazenamento ocorrer em contêiner vermelho.
	<p>Segundo a RDC nº 222/2018, todo rejeito infectante, como sangue, peças anatômicas, rejeitos contaminados com proteínas priônicas, tão quanto rejeitos oriundos de paciente das precauções especiais, devem ser submetidos para tratamento prévio antes de efetivar a disposição final em aterro sanitário. São produtores de rejeitos desta natureza a agência transfusional de sangue, o centro cirúrgico e a UTI.</p>	<p>A norma informa que nem todo rejeito hospitalar precisa ser tratado, devendo ser avaliado a partir do risco infectocontagioso do paciente (classe de risco I, II, III ou IV). Todavia, fica instituído que todos os rejeitos dos grupos A1, A3 e A5 devem ser desprezados em sacos vermelhos no HECAD.</p>
	<p>O saco de cor azul destina-se a estimular a coleta seletiva de papel e papelão usado nos setores administrativos da Unidade.</p>	<p>O papel e papelão utilizado nos setores devem ser descartados em lixeiras de cor azul com saco azul, sendo vedado amassar papel e manter grampos e cliques.</p>
	<p>Conforme Resolução CONAMA nº 275/2001, ficou instituída de forma universal cores para padronizar e estimar a coleta seletiva, tão quanto segregação eficiente em ambientes de grande circulação. Neste sentido, no HECAD, serão disponibilizados contêineres de cor vermelho (para a separação de polipropilenos diversos), lixeiras azuis e sacos azuis (para separação de papel e papelão), lixeiras laranjas (para segregação de resíduos tóxicos), e lixeiras brancas com saco branco leitoso (para RSS</p>	

Tipo de recipiente/saco	O que descartar	Ressalvas
	<p>não contagiosos). Porém, quando qualquer lixeira tiver saco vermelho, será entendido que o rejeito ali presente necessita, obrigatoriamente, passar por tratamento prévio.</p>	
	<p>A RDC nº 222/2018 orienta a segregação de todos os perfurocortantes biológicos em caixa resistente a punctura e ruptura, respeitando-se o limite de 2/3 da caixa, ou seja, com armazenamento de rejeitos perfurocortantes até a linha pontilhada, entendendo que perfurocortante é qualquer material pontiagudo.</p>	<p>Além dos rejeitos perfurocortantes infectantes, a Unidade produz perfurocortantes químicos, como ampolas e vidros de medicamentos tóxicos, devendo o acondicionamento destes ocorrer em caixa específica. Ao montar a caixa, o profissional deve identificá-la com o símbolo de “caveirinha”, sendo vedado descarte de plásticos nestes recipientes.</p> 

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Para fortalecer a percepção dos colaboradores quanto à responsabilidade ambiental, serão realizados treinamentos de integração e educação continuada. Nestes momentos, além de revisitar as boas práticas de gestão de resíduos, será enaltecido o uso racional de recursos.

Fluxo unidirecional:

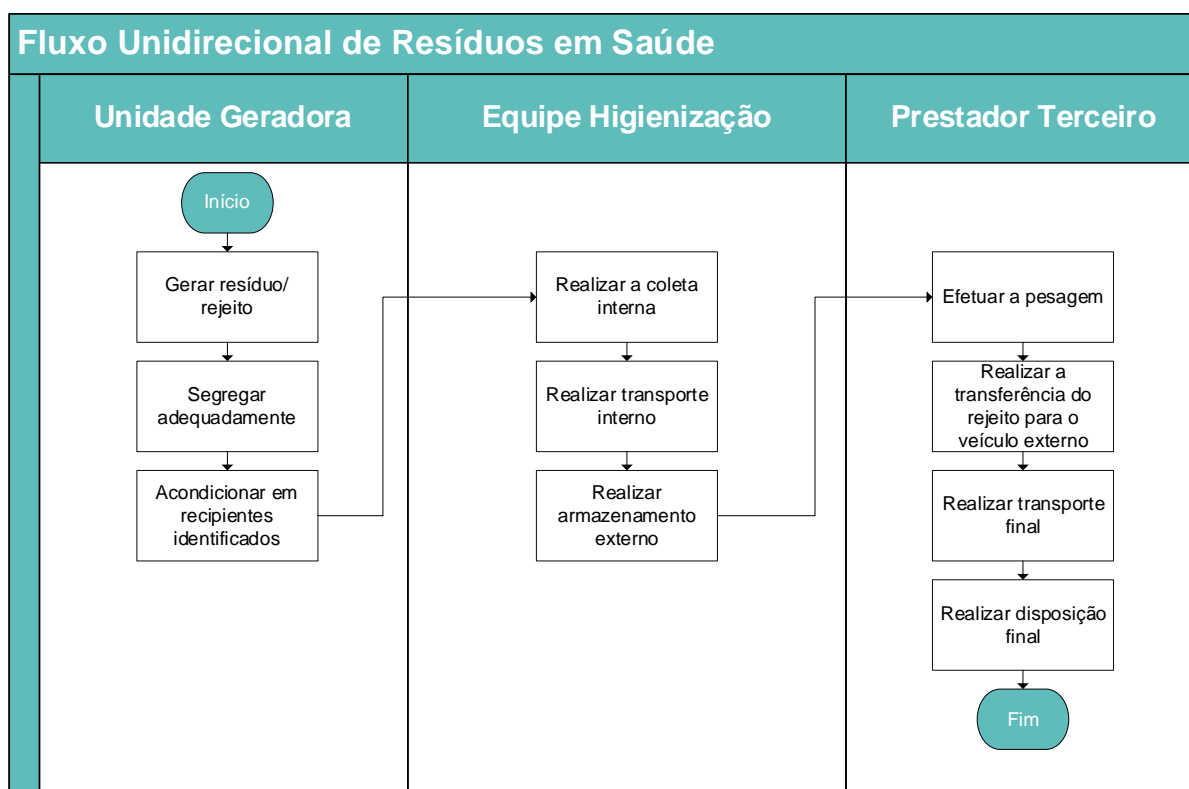
1. Geração e segregação: A separação correta e criteriosa permite o tratamento diferenciado, a racionalização de recursos despendidos, além de facilitar a reciclagem. Caso haja mistura de resíduos de classes diferentes, um resíduo não

perigoso pode ser contaminado e tornar-se perigoso, dificultando seu gerenciamento, gerando um aumento dos custos associados.

2. Manuseio, acondicionamento e armazenamento: O manuseio e o acondicionamento correto dos resíduos possibilitam a maximização das oportunidades de reutilização e reciclagem, já que determinados resíduos podem ficar irre recuperáveis se acondicionados de forma incorreta.

3. Coleta, transporte, destinação e disposição final: São etapas que requerem muita atenção no processo de gerenciamento por apresentarem riscos quanto à alteração da qualidade dos resíduos gerados, podendo ser alterada a classe, caso os resíduos sejam misturados. É preciso estabelecer mecanismos de controle para permitir a rastreabilidade e monitoramento das quantidades geradas, o que pode influenciar nos custos para tratamento e disposição final.

Figura 70 – Fluxo Unidirecional de Resíduos.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Fluxo de Coleta e Transporte de Resíduos e Rejeitos

As unidades geradoras alocarão seus resíduos em seus respectivos expurgos ou sala de utilidades correspondente. Após a destinação, profissionais transportarão os resíduos, em fluxo unidirecional, pela rampa até o subsolo, bloco A, com destino ao abrigo de resíduos externo, de forma que não haja deslocamento dentro da unidade onde há um grande fluxo de transeuntes.

Proposta de horário para coleta de resíduo e rejeito

Com o objetivo de evitar a contaminação cruzada e levando-se em consideração o fornecimento de refeições, medicamentos e horário de visitas, propõe-se para o HECAD a seguinte grade de horários de coleta de resíduos:

Quadro 3 - Matriz de horários de coleta de resíduos e rejeitos.

TABELA DE HORÁRIO	
INTERNAÇÃO	Período Matutino
	8:00h – 9:00h
	10:00h – 11:00h
	Período vespertino e noturno
	14:00h – 15:00h
	17:30h – 18:30h
	20:00h – 21:00h
UTI PEDIÁTRICA	Período Matutino
	7:30h – 8:30h
	10:00h – 11:00h
	Período vespertino e noturno
	14:30h – 15:30h
	17:40h – 19:00h
	20:00h – 21:00h
CENTRO CIRÚRGICO	Período Matutino
	9:00h – 11:00h
	Período vespertino e noturno
	14:30h – 15:30h
	17:40h – 19:00h
	20:00h – 21:00h

TABELA DE HORÁRIO	
ÁREA DE EXAMES	Período Matutino
	9:30h – 10:30h
	10:30h – 11:30h
	Período vespertino e noturno
	14:30h – 15:30h
	17:30h – 18:30h
	19:30h – 20:30h
Para demais áreas, serão estabelecidos fluxo de coleta conforme demanda necessária.	

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

1.1.2. IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO

1.1.2.1. Implantação de Logística de Suprimentos

A logística de suprimentos pode ser definida como o processo de planejamento, implementação e controle do fluxo eficiente economicamente eficaz de matérias-primas, materiais em processo, produtos acabados e informações relacionadas com essas atividades, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o objetivo de atender às exigências dos clientes (*Council of Logistics Management*). Portanto, a logística de suprimentos se faz presente em todo o fluxo de materiais, desde o fornecedor até o consumo por parte do cliente interno ou externo.

A logística de suprimentos em uma unidade de saúde é de suma importância, pois é responsável por prover insumos e serviços de maneira efetiva e tempestiva, conforme demanda, não somente no fluxo clássico da gestão de materiais. Para além disso, é necessário considerar o fluxo de pacientes e serviços oferecidos pelas organizações que compõem a cadeia logística, exercendo controle sobre a utilização com intuito de:

- a) Reduzir custos;
- b) Planejar a compra dos insumos;
- c) Evitar desperdícios de materiais e medicamentos;
- d) Eliminar a obsolescência de produtos; e,

e) Responder às necessidades dos pacientes.

A implantação da logística de suprimentos perpassa pelas seguintes etapas:

Etapa 1: Análise do perfil da unidade hospitalar - etapa na qual o gestor e equipe devem realizar o estudo do perfil de atendimento da unidade, analisando tópicos como as especialidades que serão atendidas, os fornecedores de referência, os equipamentos necessários, as modalidades de fornecimento praticada, os insumos de maior imprescindibilidade, bem como o consumo em valor e volume.

Etapa 2: Análise e adequação da estrutura física (se necessário) - tal fase definirá 3 (três) importantes etapas da implantação da logística de suprimentos:

- Tipo de arranjo físico atual e melhorias propostas (se aplicável), que abrangem o *layout* da área de armazenagem, a disposição dos materiais no estoque, fluxo de movimentação de mercadorias e pessoas, tipo de equipamento de movimentação a ser utilizado, local de armazenagem de insumos específicos (controlados, inflamáveis, alto custo, termolábeis etc.);
- Análise das estruturas de armazenagem atuais e verificação da necessidade de adequação destas, definindo o tipo de estrutura que propiciará a otimização do espaço, a movimentação eficiente, menor custo de estocagem e maior segurança de armazenagem;
- Identificação do estoque associada aos tópicos anteriores, pois é realizada para otimização da rotina de trabalho, contribuindo com a identificação dos materiais e dos pontos principais do estoque, tais como área de recebimento, separação, quarentena, salas administrativas etc.

Etapa 3: Instalação de ERP utilizado em todas as unidades sob gestão da Agir para gerir o estoque e realizar reposição de insumos de maneira assertiva e eficiente, mantendo os estoques sem exageros (o que implica alto custo) e sem faltas (o que compromete a segurança de pessoas).

Etapa 4: Levantamento e solicitação de equipe necessária para atuação no serviço, considerando o método de trabalho adotado.

Etapa 5: Elaboração de documentos de procedimentos, rotinas e apoio do serviço logístico, bem como dos fluxos de trabalhos propostos.

Etapa 6: Levantamento da estimativa inicial de insumos e equipamentos, sendo esta fase realizada por uma equipe multiprofissional que deverá estimar o quantitativo e especificar os insumos e equipamentos necessários para o atendimento da rotina dos serviços. Destaca-se que, para melhor assertividade, nesta fase, deve-se utilizar banco de dados existente, contendo produtos, equipamentos e relatórios de consumo de hospitais similares.

Etapa 7: Solicitação inicial de insumos e equipamentos, a qual deve ser formalizada via sistema, embasada no levantamento multiprofissional e análise técnica dos relatórios. Vale destacar que deve ser acordado com os vencedores do certame a entrega fracionada dos insumos iniciais, visando a otimização de recurso com a entrega e faturamento em conformidade à efetiva demanda da Unidade.

Etapa 8: Capacitação da equipe, abordando os seguintes temas:

- Normas aplicáveis a insumos e equipamentos;
- Rotinas e fluxos do serviço;
- Boas práticas de armazenagem;
- Utilização das ferramentas de trabalho (softwares, plataformas etc.);

Etapa 9: Recebimento inicial dos insumos e equipamentos. Destaca-se a importância de acompanhamento do profissional solicitante para conferência da conformidade do insumo e/ou equipamento.

Cabe à logística de suprimentos o planejamento da aquisição dos bens e serviços, utilizando-se de ferramentas de gestão ERP e gerenciamento de estoque. Para tal, uma análise dos relatórios fornecidos por esses sistemas deverá ser feita pelo solicitante, visando garantir o ressuprimento e estoques coerentes à real demanda, evitando-se rupturas de estoque. Sua otimização é alcançada apoiando-se em relatórios de consumo do ERP institucional e adotando-se ferramentas da gestão de materiais, sempre que cabível, como curva ABC, XYZ, estoque mínimo, estoque máximo, lote econômico de compras, dentre outras, atendendo ao requisito da economicidade preconizado pela Agir.

Além disso, o planejamento da aquisição perpassa pelo monitoramento do recebimento, armazenamento e dispensação dos insumos. Ademais, a realização de

inventários periódicos também faz parte do processo logístico das Unidades geridas pela Agir.

Destaca-se que as aquisições da Agir são realizadas de maneira centralizada, por meio da plataforma personalizada denominada e-Compras Agir. Com essa plataforma é possível gerenciar todo processo de aquisição em banco de dados unificado, desde a solicitação até a entrega dos itens comprados. As aquisições podem, também, serem efetuadas de várias formas, tais como compras conjuntas, cotações programadas e leilões reversos, propiciando, dessa forma, vantagens competitivas, como as descritas abaixo:

- Maior poder de negociação nas aquisições/contratações estratégicas;
- Redução do custo de insumos necessários à operacionalização da Unidade;
- Maior amplitude da prospecção de fornecedores devido ao e-Compras Agir ser uma plataforma gratuita;
- Desenvolvimento dos fornecedores;
- Redução do tempo de ressuprimento;
- Redução de estoque;
- Automatização dos processos;
- Maior integração com os sistemas de estoque, possibilitando melhor estratégia de análise e negociação;
- Melhores procedimentos de avaliação e qualificação de fornecedores de bens e serviços.

A logística de suprimentos da Agir gerenciará os estoques do HECAD utilizando MRP específicos e Aplicações de B.I (*Business Analytics*), garantindo o abastecimento eficiente e o uso equilibrado dos itens, questionando aumento de consumo, uso indiscriminado de produtos e itens sem movimentação, conforme indicar os relatórios da enfermagem, corpo assistencial e farmácia.

1.1.2.2. Proposta de Regimento Interno da Unidade

TÍTULO I

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL

DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HECAD

CAPÍTULO I

DA PERSONALIDADE, GESTÃO, DENOMINAÇÃO, SEDE E FORO

Art. 1º O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência e ambulatorial em Pediatria, devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual de Goiás. Também, é referência para reabilitação de fissuras lábio palatinas (Programa CERFIS) e hemangiomas.

§ 1º Para os fins deste Regimento Interno, o HECAD será administrado pela Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – Agir, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87, qualificada como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás pelo Decreto nº 5.591/2002, em conformidade com a Lei Federal nº 9.637/1998 e Lei Estadual nº 15.503/2005.

§ 2º Na gestão do HECAD, a Agir observará, além das normas gerais do SUS e as diretrizes da SES/GO, o seu Estatuto Social, o presente Regimento Interno e a legislação civil aplicável.

Art. 2º O HECAD tem sede na Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO.

Art. 3º O HECAD tem foro no município de Goiânia, Goiás.

TÍTULO II

DA POLÍTICA INSTITUCIONAL, DOS OBJETIVOS E DA MANUTENÇÃO

CAPÍTULO I

DO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (HECAD)

Art. 4º O HECAD, enquanto unidade de saúde assistencial realizará, dentre outras atividades:

- I. A prestação de serviços assistenciais especializados, destinados a pacientes oriundos da demanda espontânea e/ou referenciada pelo Complexo Regulador Estadual para consultas médicas e não médicas;
- II. A gestão baseada em indicadores de desempenho e sistema de metas;

III. A garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da unidade no Ministério da Saúde – MS;

IV. A busca de certificação de qualidade em saúde;

V. A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;

VI. A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, e em áreas especializadas, em conformidade com as legislações vigentes.

Art. 5º O HECAD é uma Unidade de assistência especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência e ambulatorial em Pediatria, com funcionamento em 24 horas diárias, 7 (sete) dias da semana, ininterruptamente.

Art. 6º No desempenho de suas atribuições institucionais, o HECAD, sob a gestão da Agir, atenderá as determinações da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO estabelecidas no Contrato de Gestão, em especial na definição do público-alvo, metas de produção, indicadores de qualidade e desempenho, transparência e outras a serem definidas pela contratante.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 7º O HECAD tem por objetivos gerais:

I. Promover ações e prestar serviços que visem o atendimento à saúde, em especial ao apoio diagnóstico e orientação terapêutica;

II. Proporcionar formação e aperfeiçoamento profissional, servindo de campo de pesquisa, ensino e treinamento de profissionais da área da saúde;

III. Utilizar-se da Política Nacional de Humanização - PNH no atendimento do SUS, contemplando o acolhimento, a resolubilidade e qualidade do serviço ofertado aos usuários;

IV. Prover resolutividade e qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;

V. Buscar por certificação de qualidade;

VI. Aplicar as diretrizes da Política de Educação Permanente em Saúde do SUS na Unidade, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino

(estágios de graduação e pós-graduação, ensino profissionalizante e tecnológico, Residência Médica e em Área Profissional de Saúde), em conformidade com as legislações vigentes.

SEÇÃO I

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 8º O HECAD é uma unidade de saúde assistencial especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência e ambulatorial em Pediatria.

Art. 9º O HECAD é uma unidade de referência que atuará em nível assistencial, de acordo com a hierarquização da entidade e a regionalização.

Art. 10º A assistência à saúde será feita de forma integrada por uma equipe multiprofissional, que prestará atendimento clínico e apoio ao diagnóstico e terapêutica, obedecendo a um critério de encaminhamento e elegibilidade, de forma a proporcionar um atendimento acessível e resolutivo, corroborando para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Art. 11º O HECAD desenvolverá programas específicos de assistência à comunidade, com instituições ou entidades interessadas.

SEÇÃO II

DA FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

NA ÁREA DA SAÚDE

Art. 12º O HECAD constitui-se em campo de Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, de maneira a contribuir com os objetivos curriculares dos cursos da área da saúde.

Parágrafo Único - O HECAD desenvolverá a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS por meio de estágios de graduação e pós-graduação do ensino profissionalizante e tecnológico, da graduação no ensino superior, estágios e internato médico, pós-graduação *lato sensu*, especialização e residência médica e multiprofissional, em conformidade com as legislações vigentes.

Art. 13º O HECAD desenvolverá programas de educação em serviço para as diferentes categorias de pessoal da área de saúde, obedecendo a planos específicos aprovados pela Diretoria Geral da Unidade e pelo Centro de Ensino e

Desenvolvimento – CED/Agir, aprimorando a qualidade e mantendo o padrão de serviço da Instituição.

Parágrafo Único – Os recursos para manutenção dos programas referidos no *caput* serão oriundos de projetos específicos.

SEÇÃO III

DA REALIZAÇÃO DE PESQUISAS CIENTÍFICAS

Art. 14º O HECAD propiciará o desenvolvimento de projetos de pesquisas, obedecendo os métodos e técnicas de investigação científica, desde que aprovados pela área envolvida na pesquisa e pela Diretoria Geral da Unidade, respeitado o fluxo definido pelo Centro de Ensino e Desenvolvimento – CED/Agir.

Parágrafo Único – As pesquisas serão desenvolvidas com recursos obtidos junto aos órgãos governamentais, privados e outros financiadores, para projetos específicos.

CAPÍTULO III

DA MANUTENÇÃO

Art. 15º O HECAD será mantido com recursos oriundos de:

- I. Contrato de gestão firmado entre a SES/GO e a Agir e aplicações financeiras decorrentes desse recurso;
- II. Dotações orçamentárias atribuídas pelo Município;
- III. Doações e contribuições a título de subvenção, concedidas por autarquias ou quaisquer pessoas físicas, jurídicas ou órgãos públicos;
- IV. Outros recursos que, porventura, lhe sejam destinados.

TÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 16º A administração do HECAD será composta de:

- I. Assembleia Geral dos Associados da Agir;
- II. Conselho de Administração da Agir;
- III. Diretoria da Agir;
- IV. Superintendência da Agir;

V. Diretoria do HECAD.

CAPÍTULO IV

DA ASSEMBLEIA GERAL DOS ASSOCIADOS DA AGIR

Art. 17º A Assembleia Geral dos Associados da Agir é o órgão máximo de deliberação da Agir, resultante da reunião dos associados, convocada na forma do Estatuto, com poderes para deliberar sobre todos os assuntos e tomar as providências que julgar convenientes à sua defesa e ao seu desenvolvimento.

Art. 18º Caberá à Assembleia Geral:

- I. Zelar pelo cumprimento do presente Regimento Interno e deliberar sobre qualquer alteração dele;
- II. Eleger ou indicar, quando lhe couber, membros do Conselho de Administração e, ainda, destituí-los;
- III. Deliberar sobre as contas, os balanços e relatórios da Instituição;
- IV. Julgar em instância superior os recursos interpostos das deliberações do Conselho de Administração;
- V. Exercer qualquer poder não expressamente atribuído a outro órgão;
- VI. Deliberar sobre o destino a ser dado ao patrimônio da Agir, no caso de dissolução, extinção ou desqualificação, observadas as especificidades estatutárias.

Parágrafo Único – As demais condições de existência e funcionamento da Assembleia Geral são objeto de detalhamento no Estatuto da Agir.

CAPÍTULO V

DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA AGIR

Art. 19º O Conselho de Administração da Agir é o órgão colegiado de decisão superior da Instituição.

Art. 20º Ao Conselho de Administração compete:

- I. Fixar o âmbito de atuação da Instituição, conforme legislação vigente;
- II. Aprovar o Programa de Investimentos e o Orçamento Geral da Instituição;

- III. Aprovar o Regimento Interno, que disporá, no mínimo, sobre a estrutura, forma de gerenciamento, os cargos e as respectivas competências;
- IV. Aprovar, por maioria de no mínimo 2/3 de seus Membros, o Regulamento, contendo os procedimentos para contratação de obras, serviços, compras e alienações, além dos procedimentos para obtenção de recursos humanos e o Plano de Cargos, Salários e Benefícios;
- V. Aprovar a proposta do Contrato de Gestão da entidade;
- VI. Aprovar e encaminhar à entidade supervisora os relatórios gerenciais dos Contratos de Gestão e de atividades da Instituição;
- VII. Fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas;
- VIII. Autorizar a realização de operações de crédito;
- IX. Autorizar a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a doação de bens móveis, pertencentes ao patrimônio da Instituição;
- X. Solicitar, quando necessário, à Superintendência Executiva, meios para o exercício de suas atividades;
- XI. Aprovar, por maioria absoluta dos Membros, seu Regimento Interno;
- XII. Convocar por maioria de seus Membros, a Assembleia Geral;
- XIII. Deliberar sobre a exclusão de sócio, especificando seus motivos;
- XIV. Contratar e dispensar os Superintendentes;
- XV. Fixar a remuneração dos Superintendentes.

Parágrafo Único – O Conselho de Administração é objeto de detalhamento no Estatuto da Agir.

CAPÍTULO VI

DA DIRETORIA DA AGIR

Art. 21º A Diretoria da Agir é o órgão de administração superior, com poderes inerentes à administração e representação legal da Agir, competindo-lhe:

- I. Expedir normas gerais necessárias à execução das atividades da Agir;

- II. Cumprir e fazer cumprir o Estatuto e as normas e deliberações da Assembleia Geral;
- III. Submeter ao Conselho de Administração a criação ou extinção de administrativos de qualquer nível, locais ou situados nas filiais, sucursais ou unidades outras sob a administração da Agir;
- IV. Realizar convênios, acordos, ajustes e contratos, inclusive os que constituam ônus, obrigações ou compromissos para a Agir;
- V. Encaminhar balancetes e prestações de contas para apreciação e aprovação do Conselho Fiscal, Conselho de Administração, Assembleia Geral e demais órgãos ou autoridades públicas a que esteja obrigado por força de comando normativo;
- VI. Propor à Assembleia Geral a participação no capital de empresas, cooperativas, condomínio ou outra forma de associativismo;
- VII. Submeter ao Conselho de Administração as diretrizes, planejamento e políticas de pessoal da Agir;
- VIII. Representar a Agir ativa e passivamente, judicial e extrajudicialmente;
- IX. Movimentar, em conjunto com o Diretor-Tesoureiro, os recursos financeiros da Agir, assinando os documentos atinentes à movimentação deles, podendo delegar tais atribuições;
- X. Desempenhar suas atividades em harmonia com as Superintendências, garantindo o pleno funcionamento da Agir no alcance dos objetivos, finalidades e proposições emanadas da Assembleia Geral e do Conselho de Administração.

CAPÍTULO VII

DAS SUPERINTENDÊNCIAS DA AGIR

Art. 22º As Superintendências da Agir são responsáveis pela gestão de todas as atividades da Agir, relativas ao planejamento, promoção, coordenação, supervisão, controle e avaliação, subordinado ao Conselho de Administração.

Parágrafo Único – As Superintendências da Agir são compostas de:

- I. Superintendência de Relações Institucionais;
- II. Superintendência Executiva;

- III. Superintendência de Gestão e Planejamento;
- IV. Superintendência Administrativa e Financeira.

CAPÍTULO VIII

DAS DIRETORIAS DO

HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HECAD

Art. 23º As Diretorias do HECAD serão órgãos operacionais que exercerão os poderes legais inerentes à administração e responderão pela gestão de todos os serviços realizados pelas outras gerências na Unidade hospitalar.

Parágrafo Único – A Diretoria do HECAD será composta por:

- I. Diretoria Geral;
- II. Diretoria Técnica;
- III. Diretoria Administrativa e Financeira.

SEÇÃO I

DA DIRETORIA GERAL DA UNIDADE

Art. 24º A Diretoria Geral da Unidade será estrutura subordinada e de livre escolha, nomeação e dispensa da Superintendência Executiva da Agir, sendo responsável pela administração geral do HECAD.

§ 1º O titular da Diretoria Geral será o executor das decisões superiores, conservando autonomia administrativa no desenvolvimento das atividades rotineiras da Unidade de saúde.

§ 2º O titular da Diretoria Geral será de livre escolha, nomeação e dispensa do Superintendência Executiva da Agir, ouvido o Conselho de Administração da Agir, devendo a sua designação recair em profissional médico, preferencialmente com experiência em administração de unidade hospitalar, com especialização desejável em Administração Hospitalar.

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

- I. Secretaria Geral;
- II. Serviço de Ouvidoria;

- III. Supervisão do Núcleo Interno de Regulação;
- IV. Supervisão de Ensino e Pesquisa;
- V. Supervisão de Comunicação;
- VI. Supervisão de Qualidade e Segurança do Paciente;
- VII. Comissões;
- VIII. Diretorias:
 - a. Diretoria Técnica;
 - b. Diretoria Administrativa e Financeira.

Art. 25º À Diretoria Geral do HECAD compete:

- I. Dirigir os fluxos administrativos e financeiros da Unidade;
- II. Implementar o orçamento e administrar recursos humanos;
- III. Controlar patrimônio, suprimentos e logística e supervisionar serviços complementares;
- IV. Coordenar serviços de contabilidade e controladoria;
- V. Elaborar o planejamento administrativo e financeiro da Unidade, vinculando-o ao planejamento estratégico da Agir;
- VI. Coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais;
- VII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO I

DA SECRETARIA GERAL

Art. 26º A Secretaria Geral do HECAD corresponde ao serviço de secretariado subordinado à Diretoria Geral da Unidade, responsável pela preparação, registro, recebimento, distribuição e expedição de correspondências, malotes e outros, bem como pelo arquivamento geral dos documentos do Hospital, além de auxiliar o Diretor Geral e demais Diretorias naquilo que lhe competir.

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

Art. 27º À Secretaria Geral compete:

- I. Promover o recebimento, distribuição, expedição e o arquivamento dos expedientes assinados ou despachados pela Diretoria, bem como as resoluções de reuniões e os despachos, quando for o caso;
- II. Registrar em livros próprios as resoluções e outros atos da Diretoria;
- III. Divulgar aos interessados os atos da administração do HECAD;
- IV. Organizar, administrar e manter os arquivos do HECAD;
- V. Organizar, administrar e manter os serviços de protocolos de correspondências do HECAD;
- VI. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 28º A estrutura da Secretaria Geral será composta por:

- I. Serviço de Protocolo;
- II. Secretário(s).

SUBSEÇÃO II

DA OUVIDORIA

Art. 29º A Ouvidoria é a estrutura subordinada à Diretoria Geral destinada a intermediar as relações, solicitações e demandas entre os pacientes/usuários e o HECAD.

Art. 30º Compete à Ouvidoria do HECAD:

- I. Organizar os mecanismos e canais de acesso dos interessados à Ouvidoria;
- II. Orientar os pacientes e usuários sobre a melhor forma de encaminharem as suas demandas, instruí-los e acompanharem a sua tramitação;
- III. Receber críticas, reclamações, denúncias e sugestões sobre procedimentos e práticas inadequadas ou irregulares, atuando no sentido de apurar os responsáveis e corrigi-los, buscando sempre o diálogo entre as partes;
- IV. Encaminhar todas as denúncias recebidas ao setor responsável para a devida apuração;
- V. Dar encaminhamento às demandas diferenciadas, pulverizadas e até conflitantes, oferecendo a cada paciente/usuário um tratamento personalizado e a todos um tratamento equânime;

- VI. Contribuir para a resolução de problemas administrativos ou assistenciais, oferecendo alternativas e informações sobre a legislação e as normas internas vigentes;
- VII. Acompanhar a tramitação dos processos em que se envolva, dando ciência aos interessados das providências adotadas;
- VIII. Preparar, mensalmente e sempre que necessário, estatísticas indicativas do nível de satisfação dos pacientes e usuários do HECAD, divulgando os seus resultados;
- IX. Propor a adoção de medidas para a correção e a prevenção de riscos identificados pelo setor;
- X. Promover capacitação e treinamento relacionados às atividades da Ouvidoria;
- XI. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO III

DA SUPERVISÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Art. 31º A Supervisão do Núcleo Interno de Regulação é a estrutura subordinada à Diretoria Geral destinada a controlar e regular os pacientes do HECAD.

Art. 32º Compete à Supervisão do Núcleo Interno de Regulação:

- I. Fortalecer o processo de regulação assistencial, atuando como interface entre a Central de Regulação de Leitos e Núcleo Interno de Regulação;
- II. Participar da construção dos protocolos assistenciais;
- III. Atuar em consonância com os serviços ofertados pela Unidade, por meio de instrumento formal de contratualização;
- IV. Coordenar o trabalho de regulação dos pacientes junto à Rede de Atenção à Saúde;
- V. Organizar e acompanhar indicadores;
- VI. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO IV

DA SUPERVISÃO DE ENSINO E PESQUISA

Art. 33º A Supervisão de Ensino e Pesquisa do HECAD é a estrutura subordinada à Diretoria Geral responsável pelo aprimoramento técnico-científico, aperfeiçoamento, desenvolvimento e atualização das diferentes categorias que compõem o universo dos profissionais da Unidade, bem como pela promoção e coordenação das atividades didáticas integradas às atividades de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, além das atividades científicas do HECAD.

Art. 34º À Supervisão de Ensino e Pesquisa compete:

- I. Instituir a Política de Ensino e Pesquisa da Agir no HECAD;
- II. Incentivar, organizar e manter recursos disponíveis para o aprimoramento técnico-científico dos profissionais do HECAD;
- III. Estimular a pesquisa e a produção de trabalhos científicos que busquem a melhoria da qualidade da assistência prestada na Unidade, bem como o desenvolvimento dos profissionais que nela atuam, promovendo intercâmbio científico com Instituições nacionais e estrangeiras;
- IV. Divulgar junto às entidades educacionais ou culturais os serviços e as tecnologias do HECAD;
- V. Liderar estudos em parceria com áreas afins, para o desenvolvimento de programas específicos de prevenção de doenças e de promoção de saúde à comunidade;
- VI. Incentivar e atuar nos processos de educação em saúde, buscando a padronização dos trabalhos científicos e o aprimoramento da postura dos profissionais de saúde, técnicos e demais colaboradores da Unidade;
- VII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO V

DA SUPERVISÃO DE COMUNICAÇÃO

Art. 35º A Supervisão de Comunicação é a estrutura subordinada à Diretoria Geral, responsável por instituir a Política de Comunicação da Agir no HECAD.

Art. 36º À Supervisão de Comunicação compete:

- I. Seguir as políticas, normas e procedimentos específicos para as atividades de relacionamento com os meios de comunicação, produção de materiais, produção e

divulgação de conteúdo institucional, relacionamento com os diversos públicos e *stakeholders* e gestão de eventos;

II. Assegurar que a implantação de políticas e práticas estejam em consonância às diretrizes de Comunicação da Agir;

III. Implantar e acompanhar as ações de Comunicação da Agir;

IV. Favorecer a consolidação da identidade cultural da Agir;

V. Estruturar e caracterizar todo o processo de atendimento e relacionamento com a imprensa, órgãos governamentais, instituições parceiras, e outros *stakeholders*;

VI. Participar em atividades e comissões interdisciplinares para a melhoria dos fluxos comunicacionais;

VII. Contribuir com as ações administrativas, estratégicas e operacionais voltadas à Comunicação;

V. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VI

DA SUPERVISÃO DA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 37º A Supervisão da Qualidade e Segurança do Paciente é a estrutura subordinada à Diretoria Geral destinada a realizar a promoção, supervisão, controle e avaliação das atividades correlativas à qualidade na gestão do HECAD.

Art. 38º À Supervisão da Qualidade e Segurança do Paciente compete:

I. Regulamentar as diretrizes que norteiam a Instituição para a gestão eficiente dos processos;

II. Adotar programa de boas práticas, registro de evidências, controle documental e verificação de conformidade de processos;

III. Orientar o desenvolvimento do trabalho de acordo com normativas e procedimentos de organismos certificadores;

IV. Supervisionar a elaboração e padronização das políticas, diretrizes e procedimentos específicos para as atividades de qualidade em busca de certificações para a Unidade;

- V. Acompanhar e monitorar as ações internas da Unidade, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazo e propondo intervenções no curso do andamento das ações dentro das metas e cronogramas estabelecidos;
- VI. Participar, quando necessário, das reuniões da Diretoria, das gerências, das supervisões e suas equipes, para o planejamento e estabelecimento das diretrizes e padrões de qualidade esperado;
- VII. Supervisionar serviços correlativos à qualidade e segurança do paciente, observando normas, rotinas e diretrizes técnicas para a realização dos trabalhos;
- VIII. Apoiar o desenvolvimento do posicionamento estratégico do HECAD, de acordo com as diretrizes da Agir;
- IX. Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Superintendência de Gestão e Planejamento da Agir;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VII

DAS COMISSÕES

Art. 39º As Comissões serão compostas de:

- I. Comitê de *Compliance*;
- II. Comissão de Verificação de Óbitos;
- III. Comissão de Ética Médica;
- IV. Comissão de Ética em Enfermagem;
- V. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- VI. Comissão de Residência Médica;
- VII. Comissão de Residência Multiprofissional;
- VIII. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- IX. Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- X. Comitê de Ética em Pesquisa;
- XI. Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- XII. Comissão de Proteção Radiológica;

- XIII. Comissão de Biossegurança;
- XIV. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- XV. Comitê Transfusional;
- XVI. Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil;
- XVII. Comissão Interna de Qualidade;
- XVIII. Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- XIX. Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- XX. Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- XXI. Comissão de Acidentes com Material Biológico;
- XXII. Comissão de Análise e Revisão de Prontuário;
- XXIII. Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes.
- XXIV. Outras Comissões.

SEÇÃO II

DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

Art. 40º A Diretoria Administrativa e Financeira é a estrutura subordinada à Diretoria Geral da Unidade destinada a realizar planejamento, promoção, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas e de apoio do HECAD.

Art. 41º À Diretoria Administrativa e Financeira do HECAD compete:

- I. Planejar, organizar, coordenar e controlar as atividades administrativas, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Diretoria Geral;
- II. Participar, juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos do HECAD;
- III. Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos do HECAD, observando as diretrizes do SUS;

- IV. Apresentar à Diretoria Geral do HECAD os relatórios de atividades na periodicidade determinada;
- V. Organizar, internamente, o funcionamento da Diretoria Administrativa e Financeira, conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades;
- VI. Propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos;
- VII. Submeter à aprovação da Diretoria Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros;
- VIII. Propor à Diretoria Geral normas e procedimentos para as atividades administrativas do HECAD;
- IX. Coordenar os setores de Recursos Humanos, Operações, Gestão e Planejamento e demais serviços de apoio administrativo, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas para a realização dos trabalhos;
- X. Propor à Diretoria Geral a alienação, locação, oneração ou permuta de bens imóveis, assim como a alienação de bens móveis pertencentes ao patrimônio exclusivo do Agir;
- XI. Realizar outras atividades correlatas.

Parágrafo Único – O titular da Diretoria Administrativa e Financeira do HECAD será de livre escolha, nomeação e dispensa da Superintendência Executiva da Agir, devendo a sua designação recair, obrigatoriamente, em profissional com formação de nível superior e, preferencialmente, graduado em Administração de Empresas ou Economia, com experiência em Administração Hospitalar.

Art. 42º A Diretoria Administrativa e Financeira do HECAD será composta de:

- I. Coordenação de Operações;
- II. Supervisão de Nutrição;
- III. Supervisão de Patrimônio;
- IV. Supervisão de Farmácia;
- V. Supervisão de Manutenção;

- VI. Supervisão de Almoarifado;
- VII. Supervisão de Hotelaria;
- VIII. Supervisão de Acolhimento;
- IX. Supervisão de Tecnologia da informação;
- X. Coordenação de Recursos Humanos;
- XI. Coordenação de Planejamento, Orçamento e Custos;
- XII. Supervisão de Planejamento;
- XIII. Supervisão de Orçamento e Custos.

SUBSEÇÃO I

DA COORDENAÇÃO DE OPERAÇÕES

Art. 43º É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira responsável por coordenar, monitorar e controlar as atividades realizadas pelas equipes Multidisciplinar, Apoio e Administrativas do HECAD.

Art. 44º À Coordenação de Operações compete:

- I. Atuar como referência institucional, garantindo a continuidade das rotinas executadas pelas equipes Administrativas, conforme os fluxos estabelecidos;
- II. Otimizar e garantir a continuidade dos fluxos;
- III. Atuar como referência das Diretorias do HECAD, na ausência destas, na comunicação com Autoridades Públicas do Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Órgãos de Fiscalizações Sanitárias, Epidemiológicas, Ouvidorias, Órgãos de representantes de classe, Conselho Tutelar, Imprensa, Agir e outras;
- IV. Atuar junto às referências das Supervisões do HECAD no monitoramento, execução e garantia dos serviços executados por outras modalidades de contratação;
- V. Atuar para garantir o fluxo de visitas de Autoridades Públicas e Eclesiásticas no Hospital;
- VI. Verificar e monitorar a execução das atividades das Supervisões de Almoarifado, Farmácia, Hotelaria, Acolhimento, Manutenção, Patrimônio e Nutrição da Instituição;
- VII. Monitorar a resolução das demandas dos serviços sob sua supervisão;

- VIII. Orientar e monitorar a dispensação de medicamentos, via Farmácia;
- IX. Acompanhar e orientar quanto às normas para prevenção e redução de riscos e controle de infecções e segurança do paciente;
- X. Apoiar as ações de educação permanente relacionadas às rotinas da Comunicação, Diretrizes Institucionais e da Qualidade e Segurança do Paciente;
- XI. Executar atividades correlatas, a critério do superior imediato.

SUBSEÇÃO II

DA SUPERVISÃO DE NUTRIÇÃO

Art. 45º É a estrutura subordinada à Gerência de Operações responsável por planejar, atender e executar as atividades de nutrição e dietética.

Art. 46º À Supervisão de Nutrição e Dietética compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas pelo Serviço de Nutrição e Dietética;
- II. Realizar o planejamento administrativo do Serviço de Nutrição e Dietética, supervisionando, controlando e avaliando o sistema produtivo, visando proporcionar aos pacientes uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- III. Fazer registro diário das atividades realizadas;
- IV. Colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;
- V. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- VI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VII. Manter contato com a Gerência de Operações do hospital, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado no setor;
- IX. Elaborar procedimentos e diretrizes próprios, bem como mantê-los atualizados;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO III

DA SUPERVISÃO DE PATRIMÔNIO

Art. 47º É a estrutura subordinada à Gerência de Operações responsável por gerir os recursos de patrimônio da Unidade.

Art. 48º À Supervisão de Patrimônio do HECAD compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Patrimônio;
- II. Efetuar o registro de entrada e saída de bens no sistema de gerenciamento, mantendo a Gerência de Operações e a Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade permanentemente informada sobre os bens constantes nela;
- III. Providenciar o tombamento dos bens patrimoniais da Unidade, conforme orientação da Agir, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas;
- IV. Controlar e orientar os colaboradores quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
- V. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais da Unidade e encaminhar relatório aos setores e/ou órgãos competentes;
- VI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação dos equipamentos utilizados;
- VII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO IV

DA SUPERVISÃO DE FARMÁCIA

Art. 49º É a estrutura subordinada à Gerência de Operações responsável por prestar assistência clínica farmacêutica aos pacientes internados e em tratamento na Unidade, considerando suas necessidades e respeitando os valores, princípios e objetivos institucionais.

Art. 50º À Supervisão de Farmácia do HECAD compete:

- I. Estabelecer e executar normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;
- II. Elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos

medicamentos prescritos no HECAD;

III. Estabelecer e executar condutas terapêuticas;

IV. Fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;

V. Fomentar programas de farmacovigilância;

VI. Seguir critérios e procedimentos para a aquisição de medicamentos padronizados;

VII. Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

VIII. Desenvolver práticas clínico-assistenciais com o uso racional de medicamentos, compreendendo a padronização, planejamento, controle de qualidade e acompanhamento da eficácia terapêutica;

IX. Participar da elaboração, acompanhar e avaliar a efetividade dos protocolos clínicos específicos e multiprofissionais, promovendo ações de melhoria;

X. Difundir informações sobre medicamentos aos profissionais de saúde e pacientes da Unidade;

XI. Trabalhar de acordo com o Código de Ética Profissional;

XII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO V

DA SUPERVISÃO DE MANUTENÇÃO

Art. 51º É a estrutura subordinada à Gerência de Operações responsável por fomentar diretrizes de manutenção, assegurando o adequado planejamento, implantação, manutenção e incremento dos sistemas e equipamentos do HECAD.

Art. 52º À Supervisão de Manutenção do HECAD compete:

I. Fomentar diretrizes, normas e procedimentos específicos para as atividades de planejamento, implantação, manutenção predial;

II. Acompanhar a implantação de diretrizes e práticas de gestão da infraestrutura, de manutenção predial, conforme as determinações previstas nos respectivos contratos

de gestão;

III. Supervisionar, analisar e apresentar relatório dos indicadores;

IV. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VI

DA SUPERVISÃO DE ALMOXARIFADO

Art. 53º É a estrutura subordinada à Gerência de Operações responsável por atender as ações estratégicas de padronização de processos e rotinas relacionados à cadeia de suprimentos do HECAD.

Art. 54º À Supervisão de Almojarifado compete:

I. Padronizar rotinas e processos dos serviços de almojarifado;

II. Contribuir com melhoria de processos relacionados a cadeia de suprimentos;

III. Monitorar e adotar ações embasadas nos indicadores estratégicos dos serviços de almojarifado;

IV. Providenciar ferramentas para supervisionar e controlar as atividades ligadas à administração de materiais de consumo;

V. Atuar na implantação de novos serviços, provendo as solicitações necessárias para pleno funcionamento destes;

VI. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VII

DA SUPERVISÃO DE HOTELARIA

Art. 55º É a estrutura subordinada à Gerência de Operações responsável por atender as ações estratégicas de padronização de processos e rotinas relacionados à cadeia de suprimentos do HECAD.

Art. 56º À Supervisão de Hotelaria do HECAD compete:

I. Gerir todas as etapas que envolvem a confecção, conserto, higienização e o processamento de roupas;

II. Confeccionar e manter em bom estado a rouparia da Unidade;

III. Coordenar, junto ao fornecedor, a entrega e devolução da rouparia para fins de

higienização, gerenciando o fiel cumprimento do serviço contratado;

IV. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos de higienização;

V. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

VI. Colaborar na humanização do atendimento na Unidade;

VII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VIII

DA SUPERVISÃO DE ACOLHIMENTO

Art. 57º A Supervisão de Acolhimento é a estrutura, subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira, que compreende as atividades relacionadas ao atendimento do paciente, registro dos seus dados de identificação e vigilância.

Art. 58º À Supervisão de Acolhimento do HECAD compete:

I. Realizar o controle administrativo do fluxo assistencial dos pacientes nas dependências da instituição desde a sua entrada até a sua saída;

II. Gerir o recebimento, processamento e armazenamento das informações iniciais de registro dos pacientes;

III. Cadastrar os dados de identificação dos pacientes no sistema informatizado e orientá-los quanto às normas do HECAD;

IV. Garantir o adequado atendimento/acolhimento aos pacientes, acompanhantes e equipes assistenciais de saúde, fornecendo todas as informações necessárias em relação aos atendimentos oferecidos pelo HECAD, quanto às documentações necessárias, dentre outros;

V. Atender aos pacientes e/ou familiares que a ele se dirigirem para obter informações, tirar dúvidas, receber sugestões ou críticas;

VI. Sugerir medidas que visem aumentar o grau de satisfação dos usuários;

VII. Elaborar e manter atualizado os procedimentos e diretrizes do setor;

VIII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO IX

DA SUPERVISÃO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Art. 59º A Supervisão de Tecnologia da Informação é a estrutura, subordinada à Coordenação de Operações, que compreende as atividades relacionadas ao atendimento da Política de Tecnologia da Informação, assegurando o adequado planejamento, implantação, manutenção e incremento da tecnologia da informação e segurança dos dados na Unidade.

Art. 60º À Supervisão de Tecnologia da Informação do HECAD compete:

- I. Supervisionar projetos e operações de Serviço de Tecnologia da Informação;
- II. Auxiliar na governança de Tecnologia da Informação e engenharia de processos;
- III. Apoiar nas estratégias e procedimentos de contingências, visando a segurança de dados, acessos, auditorias e a continuidade dos serviços dos sistemas de informação;
- IV. Promover a avaliação e identificação de soluções tecnológicas, planejamento de projetos e entendimento das necessidades da Unidade;
- V. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO X

DA COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Art. 61º A Coordenação de Recursos Humanos é estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, controle e avaliação das atividades correlatas aos recursos humanos da Unidade.

Art. 62º À Coordenação de Recursos Humanos do HECAD compete:

- I. Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades correlatas aos Recursos Humanos da Unidade, assegurando o funcionamento harmonioso das áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em ação conjunta com as demais Gerências, em rigorosa obediência às decisões fixadas pelo Conselho de Administração da Agir;
- II. Participar, juntamente com a Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos;
- III. Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços de Recursos Humanos, observando as diretrizes previstas na legislação aplicável;

- IV. Assistir a Diretoria Administrativa e Financeira nos assuntos inerentes a sua estrutura funcional;
- V. Organizar, internamente, o funcionamento da Gerência, conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades;
- VI. Submeter à aprovação da Diretoria Administrativa e Financeira a contratação de pessoal;
- VII. Atuar em conformidade à Políticas de Gestão de Pessoas, elaborando e propondo ações contempladas nos subsistemas de recursos humanos, gestão da remuneração, cargos, salários e benefícios;
- VIII. Desenvolver estratégias de seleção, treinamento e desenvolvimento de pessoal;
- IX. Participar na formulação e execução de estratégias e planos de negócios da Unidade;
- X. Gerenciar políticas de integração e eventos na Unidade e na comunidade externa;
- XI. Conduzir atividades de integração de recursos humanos em processos de fusão e integração;
- XII. Gerenciar os serviços de medicina do trabalho, formalização e desenvolvimento;
- XIII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO XI

DA COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTOS E CUSTOS

Art. 63º A Gerência de Gestão Planejamento é estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira destinada a realizar a promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades correlativas ao planejamento, orçamento e custos do HECAD.

Art. 64º À Gerência de Gestão Planejamento compete:

- I. Gerenciar a elaboração e padronização das políticas, diretrizes e procedimentos específicos para as atividades de planejamento estratégico, planejamento de ações e serviços de saúde, qualidade e suas certificações, bem como controle e monitoramento das prestações de contas, auditorias externas, convênios, transparência, orçamento e custos da Unidade;

- II. Acompanhar e monitorar as ações realizadas pela Unidade, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazo, propondo intervenções no curso do andamento das ações para a viabilização dentro das metas e cronogramas estabelecidos;
- III. Participar, quando necessário, das reuniões da Diretoria, das Gerências, das Supervisões e suas equipes para o planejamento e estabelecimento das diretrizes, prazos e padrões de qualidade;
- IV. Responder pelos subsídios, argumentos técnicos e relatórios gerenciais necessários para as definições estratégicas e a concretização dos objetivos propostos;
- V. Desenvolver o posicionamento estratégico do HECAD, de acordo com as diretrizes da Agir;
- VI. Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Superintendência de Gestão e Planejamento da Agir;
- VII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO XII

DA SUPERVISÃO DE PLANEJAMENTO

Art. 65º A Supervisão de Planejamento é estrutura subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira destinada a realizar a promoção, supervisão, controle e avaliação das atividades correlativas ao planejamento da Unidade.

Art. 66º É responsável pelo acompanhamento do cumprimento das diretrizes definidas pelos órgãos superiores da Agir e SES/GO e responsável por desenvolver e acompanhar o planejamento da Unidade.

Art. 67º À Supervisão de Planejamento do HECAD compete:

- I. Supervisionar a elaboração e padronização das políticas, diretrizes e procedimentos específicos para as atividades de planejamento estratégico, planejamento de ações e serviços de saúde, qualidade e suas certificações, bem como controle e monitoramento das prestações de contas, auditorias externas, convênios, transparência, orçamento e custos da Unidade;

- II. Acompanhar e monitorar as ações realizadas pela Unidade, avaliando os resultados a curto, médio e longo prazo e propondo intervenções no curso do andamento das ações para a viabilização dentro das metas e cronogramas estabelecidos;
- III. Participar, quando necessário, das reuniões da Diretoria, das Supervisões e suas equipes para o planejamento e estabelecimento das diretrizes, prazos e padrões de qualidade;
- IV. Responder pelos subsídios, argumentos técnicos e relatórios gerenciais necessários para as definições estratégicas e a concretização dos objetivos propostos;
- V. Desenvolver o posicionamento estratégico da Unidade, de acordo com as diretrizes da Agir e SES/GO;
- VI. Atentar para as diretrizes e orientações estabelecidas pela Superintendência de Gestão e Planejamento da Agir;
- VII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO XIII

DA SUPERVISÃO DE ORÇAMENTO E CUSTOS

Art. 68º A Supervisão de Orçamento e Custos é estrutura subordinada à Gerência de Gestão Planejamento do HECAD destinada a realizar a promoção, supervisão, monitoramento e avaliação das atividades correlativas ao orçamento e custos da Unidade.

Art. 69º À Supervisão de Orçamento e Custos do HECAD compete:

- I. Estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;
- II. Acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar desenvolvido e implantado;
- III. Controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos da Unidade;
- IV. Avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços da Unidade, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

V. Emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

VI. Realizar outras atividades correlatas.

SEÇÃO III

DO DIRETOR TÉCNICO

Art. 70º O Diretor Técnico é um profissional médico de livre escolha e nomeação do Diretor Geral do HECAD, com as seguintes atribuições:

I. Zelar pela manutenção da boa ordem, asseio e disciplina, no que se relacione a prestação de serviço médico;

II. Assegurar o cumprimento das orientações administrativas emanadas na Diretoria Geral da Unidade;

III. Representar o HECAD em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando assim exigir a legislação em vigor;

IV. Cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares em vigor;

V. Assegurar os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico;

VI. Garantir o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

VII. Portar-se com urbanidade no relacionamento com a Diretoria Geral e membros do Corpo Clínico do HECAD;

VIII. Responder perante os Conselhos Federal e Regional de Medicina, Vigilância Sanitária e outros órgãos da Administração Pública, pelos serviços de saúde prestados no HECAD e pela atuação ética e profissional, naquilo que a legislação lhe impuser.

Art. 71º A Diretoria Técnica do HECAD será composta de:

I. Gerência Médica;

II. Coordenação de Ambulatório;

III. Coordenação de Internação;

IV. Coordenação de Pronto Socorro;

- V. Gerência Assistencial;
- VI. Supervisão Multiprofissional;
- VII. Supervisão do Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio Palatinas;
- VIII. Gerência Operacional de Enfermagem;
- IX. Supervisão de Enfermagem – Ambulatório;
- X. Supervisão de Internação/Unidade de Terapia Intensiva;
- XI. Supervisão do Pronto Socorro;
- XII. Supervisão de Procedimento Cirúrgico e Central de Material e Esterilização;
- XIII. Supervisão de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT.

SUBSEÇÃO I

DA GERÊNCIA MÉDICA

Art. 72º É a estrutura subordinada à Diretoria Técnica destinada a gerenciar a assistência médica aos usuários da Unidade, tendo médicos de várias especialidades em seu Corpo Clínico.

Art. 73º À Gerência Médica do HECAD compete:

- I. Gerenciar os profissionais que atuam no atendimento ambulatorial da Unidade;
- II. Gerenciar a execução das atividades de assistência médica da Unidade;
- III. Promover o envio ao Conselho Regional de Medicina de Goiás – CRM/GO, no primeiro trimestre de cada ano, a relação dos profissionais médicos que atuam no estabelecimento, bem como as comunicações das alterações no decorrer do ano;
- IV. Convocar reuniões periódicas com as equipes médicas do atendimento clínico, com vistas à discussão de assuntos técnicos e administrativos das especialidades;
- V. Propor e realizar programas e metas para o desenvolvimento da Gerência Médica, visando a melhoria do atendimento ao paciente;
- VI. Realizar, junto ao serviço de recursos humanos, programas de treinamento da equipe sob sua subordinação;
- VII. Propor e definir rotinas, normas, horários e escalas de trabalho;

- VIII. Formular, estabelecer e implementar as políticas e diretrizes com relação aos atendimentos prestados;
- IX. Promover e estimular o desenvolvimento de ensino e de produção científica dentro da Gerência;
- X. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento e o Estatuto da Agir e zelar pelo cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia Médica;
- XI. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade;
- XII. Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal;
- XIII. Gerenciar as coordenações de Ambulatório, Internação, UTI, Pronto Socorro e Centro Cirúrgico;
- XIV. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO II

DA COORDENAÇÃO DE AMBULATÓRIO

Art. 74º É a estrutura subordinada à Gerência Médica destinada a gerenciar a assistência médica aos usuários no Ambulatório da Unidade.

Art. 75º À Coordenação de Ambulatório do HECAD compete:

- I. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Unidade e as determinações da Diretoria Geral;
- II. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no ambulatório do HECAD;
- III. Avaliar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e Supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;
- IV. Desenvolver ações de saúde pública e colaborar com programas de medicina comunitária;
- V. Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar da Unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

- VIII. Manter informações atualizadas à Diretoria Técnica da Unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO III

DA COORDENAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Art. 76º É a estrutura subordinada à Gerência Médica destinada a coordenar a assistência médica aos usuários na Internação da Unidade.

Art. 77º À Coordenação de Internação do HECAD compete:

- I. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes internados, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência deles no HECAD;
- II. Emitir pareceres, quando solicitados por outra coordenação, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- III. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade deste;
- IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. Manter contato com a Diretoria Técnica do HECAD, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- VI. Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes internados e que sejam realizadas reuniões científicas com todo o Corpo Clínico;
- VII. Promover o preenchimento adequado do prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VIII. Promover o preenchimento de todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- IX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no HECAD;
- X. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar na Unidade;
- XI. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XIII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO IV

DA COORDENAÇÃO DE PRONTO SOCORRO

Art. 78º É a estrutura subordinada à Gerência Médica destinada a coordenar a assistência médica aos usuários no Pronto Socorro da Unidade.

Art. 79º À Coordenação de Pronto Socorro do HECAD compete:

I. Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos oriundos da Emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência deles na Unidade;

II. Emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do Serviço de Pronto Socorro;

III. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade destes; IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

V. Manter contato com a Diretoria Técnica e do Serviço de Pronto Socorro da Unidade, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VI. Elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;

VII. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

VIII. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

IX. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;

X. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar no HECAD;

XI. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;

XII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

XIII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO V

DA GERÊNCIA ASSISTENCIAL

Art. 80º É a estrutura subordinada à Diretoria Técnica destinada a gerenciar a assistência multiprofissional aos usuários do HECAD.

Art. 81º À Gerência Multiprofissional do HECAD compete:

- I. Executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe multiprofissional do HECAD;
- II. Atender os pacientes do HECAD por meio do Plano Terapêutico Singular e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional;
- III. Definir as atribuições de seu pessoal;
- IV. Manter elevado padrão da equipe multidisciplinar, por meio do planejamento da assistência humanizada, promovendo as condições necessárias para tal;
- V. Promover o preenchimento adequado do prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VI

DA SUPERVISÃO MULTIPROFISSIONAL

Art. 82º É a estrutura subordinada à Gerência Multiprofissional destinada a supervisionar a assistência multidisciplinar aos usuários do HECAD.

Art. 83º À Supervisão Multiprofissional do HECAD compete:

- I. Promover atenção integral na promoção de autonomia e qualidade de vida aos usuários do HECAD;
- II. Planejar as atividades e plantão da equipe multiprofissional;

- III. Organizar os recursos necessários para o atendimento multidisciplinar;
- IV. Realizar avaliações dos atendimentos realizados e propor melhorias nos processos;
- V. Promover o preenchimento adequado do prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VII

DA SUPERVISÃO DO

CENTRO DE REABILITAÇÃO DE FISSURAS LÁBIO PALATINAS

Art. 84º É a estrutura subordinada à Gerência Multiprofissional destinada a gerenciar a reabilitação de fissuras lábio palatinas aos usuários do HECAD.

Art. 85º À Supervisão do Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio Palatinas compete:

- I. Promover a reabilitação em etapas terapêuticas, de acordo com o perfil de cada paciente, envolvendo a atuação de diversas especialidades;
- II. Promover atendimento com a equipe multiprofissional, resultando na avaliação inicial interdisciplinar;
- III. Encaminhar, de acordo com as necessidades de cada caso, para exames e outros atendimentos;
- IV. Promover o tratamento integral e interdisciplinar aos pacientes do HECAD;
- V. Promover o preenchimento adequado do prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

- VIII. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO VIII

DA GERÊNCIA OPERACIONAL DE ENFERMAGEM

Art. 86º É a estrutura subordinada à Diretoria Técnica encarregada de planejar, organizar, dirigir e supervisionar as atividades de enfermagem na assistência ao paciente nas áreas preventiva e curativa.

Art. 87º À Gerência Operacional de Enfermagem compete:

- I. Executar todas as atividades específicas e auxiliares da equipe de Enfermagem do HECAD;
- II. Atender os pacientes do HECAD por meio do planejamento terapêutico de Enfermagem e das atividades auxiliares à equipe multiprofissional;
- III. Definir as atribuições de seu pessoal;
- IV. Manter elevado padrão de Enfermagem, por meio do planejamento da assistência humanizada, promovendo as condições necessárias para tal;
- V. Colaborar com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e outras que vierem a existir, no planejamento e implantação de ações;
- VI. Colaborar com a formação de profissionais, promovendo campo de estágio para os alunos;
- VII. Realizar, estimular e colaborar em pesquisas na área da saúde;
- VIII. Participar dos programas e atividades da equipe multiprofissional do HECAD;
- IX. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade;
- X. Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal;
- XI. Realizar outras atividades correlatas.

§ 1º A Gerência Operacional de Enfermagem será exercida por profissional Enfermeiro, de preferência com título de especialista em Administração Hospitalar.

§ 2º Em suas faltas ou impedimentos legais, o Gerente Operacional de Enfermagem será substituído por um Enfermeiro pertencente ao quadro da Instituição designado pelo Diretor Geral da Unidade.

SUBSEÇÃO IX

DA SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM

Art. 88º A Supervisão de Enfermagem é a estrutura subordinada à Gerência Operacional de Enfermagem, destinada a supervisionar os serviços dentro das especialidades, realizados por meio de uma equipe de enfermagem na assistência aos usuários do HECAD, no ambulatório.

Art. 89º À Supervisão de Enfermagem do HECAD compete:

- I. Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades dos serviços subordinados;
- II. Responder pela gestão de todos os serviços de enfermagem realizados do HECAD;
- III. Acompanhar e responder técnica e administrativamente pelas atividades realizadas pelo setor;
- IV. Participar, juntamente com a Gerência Operacional de Enfermagem, das atividades de planejamento e execução dos projetos direcionados pela Agir;
- V. Apresentar relatório mensal das atividades sob sua responsabilidade à Gerência Operacional de Enfermagem;
- VI. Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade;
- VII. Controlar escalas de férias, plantões e outras atividades inerentes ao pessoal;
- VIII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO X

DA SUPERVISÃO DE INTERNAÇÃO/UTI

Art. 90º A Supervisão de Internação/UTI é a estrutura subordinada à Gerência Operacional de Enfermagem destinada a supervisionar os serviços realizados pela

equipe de Enfermagem na assistência aos usuários do HECAD, na Internação e Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

Art. 91º À Supervisão de Internação/UTI compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a assistência de Enfermagem nas Unidades de Internação e UTI, visando a adequada média de permanência dos pacientes no HECAD;
- II. Prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- III. Formar uma equipe qualificada e integrada, de modo a facilitar o tratamento do paciente;
- IV. Executar e supervisionar a prescrição médica;
- V. Registrar no prontuário do paciente, diariamente, as intercorrências, a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no diagnóstico e tratamento;
- VI. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a Lista de Notificação Compulsória Suspeita ou Confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unidade;
- VII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- VIII. Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- IX. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XI. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XII. Reunir a equipe de enfermagem, periodicamente, para análise e solução dos problemas;
- XIII. Manter contato com a Gerência Operacional de Enfermagem, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

- XIV. Fazer registro diário dos atendimentos prestados;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVI. Requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XVII. Desenvolver educação continuada em serviço para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XVIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XIX. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO XI

DA SUPERVISÃO DO PRONTO SOCORRO

Art. 92º A Supervisão do Pronto Socorro é a estrutura subordinada à Gerência Operacional de Enfermagem destinada a supervisionar os serviços realizados pela equipe de Enfermagem na assistência aos usuários do HECAD, no Pronto Socorro.

Art. 93º À Supervisão do Pronto Socorro compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a assistência de Enfermagem, visando à adequada média de permanência dos pacientes no HECAD;
- II. Prestar assistência integral de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos nas 24 horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;
- III. Formar uma equipe qualificada e integrada, de modo a facilitar o tratamento do paciente;
- IV. Executar e supervisionar a prescrição médica;
- V. Registrar no prontuário do paciente, diariamente, as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;
- VI. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a Lista de Notificação Compulsória Suspeita ou Confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unidade;
- VII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;

- VIII. Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- IX. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. Requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XI. Desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. Reunir a equipe de enfermagem, periodicamente, para análise e solução dos problemas;
- XVI. Manter contato com a Gerência Operacional de Enfermagem, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XVII. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XVIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO XII

DA SUPERVISÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E CME

Art. 94º A Supervisão de Procedimento Cirúrgico é a estrutura subordinada à Gerência Operacional de Enfermagem destinada a supervisionar os serviços realizados pela equipe de enfermagem na assistência aos usuários do HECAD, no Centro Cirúrgico.

Art. 95º À Supervisão de Procedimento Cirúrgico compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

- II. Prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação pós-anestésica, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- III. Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- IV. Elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;
- V. Executar e supervisionar a prescrição médica;
- VI. Providenciar a transferência dos pacientes, após liberação pelo médico Anestesista;
- VII. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a Lista de Notificação Compulsória Suspeita ou Confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Unidade;
- VIII. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- IX. Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- X. Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XI. Requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XII. Desenvolver educação continuada em serviço para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar na Unidade;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XV. Promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVI. Reunir a equipe de enfermagem, periodicamente, para análise e solução dos problemas;

- XVII. Manter contato com a Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- XVIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. Prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios e Serviço de Pronto Socorro, mantendo estoque para as emergências;
- XX. Preparar o instrumental para as cirurgias, de acordo com a programação cirúrgica;
- XXI. Proceder ao controle de entrada e saída de material;
- XXII. Realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminhá-los, mensalmente, à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- XXIII. Realizar outras atividades correlatas.

SUBSEÇÃO XIII

SUPERVISÃO DE SADT

Art. 96º A Supervisão do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT é a estrutura subordinada à Diretoria Técnica destinada a supervisionar os serviços de diagnóstico do HECAD.

Art. 97º À Supervisão de SADT compete:

- I. Realizar, em tempo hábil, os exames de imagem, solicitados para os pacientes;
- II. Promover treinamentos em serviço, orientando e responsabilizando-se pela qualidade dos serviços dos técnicos e a adequada utilização dos equipamentos;
- III. Programar, racionalmente, o atendimento normal e o de emergência, neutralizando acúmulos, bem como ociosidade de horários;
- IV. Realizar análises clínicas para os pacientes e, quando aplicável, apoiar as atividades acadêmicas da Supervisão de Ensino e Pesquisa da Unidade;
- V. Estabelecer, racionalmente horários de coleta de material e entrega de resultados, sem prejuízo do atendimento emergencial;
- VI. Responsabilizar-se pela coleta, identificação e encaminhamento do material biológico a ser analisado;

- VII. Realizar as dosagens e registrar resultados;
- VIII. Aferir, constantemente, a exatidão dos resultados dos exames, aplicando testes apropriados;
- IX. Supervisionar os serviços de imagem e laboratório;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

DAS RESPONSABILIDADES DOS PROFISSIONAIS

VINCULADOS AO ATENDIMENTO DIRETO AOS PACIENTES

Art. 98º São responsabilidades gerais do Corpo Clínico do HECAD:

- I. Obedecer ao Código de Ética Médica, ao Regimento Interno do Corpo Clínico e ao Regimento Interno da Instituição;
- II. Cumprir as Normas Técnicas e Administrativas da Instituição;
- III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica;
- IV. Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
- V. Registrar o diagnóstico, tratamento, exames complementares e evolução dos pacientes no prontuário eletrônico e proceder demais registros e anotações indispensáveis ao acompanhamento do caso, identificando-se com assinatura;
- VI. Colaborar com as Comissões específicas criadas na Unidade;
- VII. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em emergências comprovadas;
- VIII. Procurar aprimoramento contínuo dos conhecimentos;
- IX. Agir com prudência, diligência, zelo e o melhor de sua capacidade profissional;
- X. Não usar de privilégios e/ou hierarquia para impedir que colegas subordinados atuem dentro dos princípios éticos;
- XI. Cumprir os princípios éticos da profissão, ao prestar serviços com qualquer tipo de vínculo à Medicina Social, Previdenciária e Securitária, mesmo que outras normas contrariem tais princípios;

XII. Informar ao paciente ou responsável, de forma clara, as razões e os objetivos de suas prescrições e a evolução da doença;

XIII. Utilizar o tempo efetivamente necessário ao bom relacionamento médico-paciente e à perfeita execução do ato profissional, em todas as modalidades de atendimento;

XIV. Responsabilizar-se pelos preceitos legais e éticos do atendimento médico realizado;

XV. Atender, independentemente da posição hierárquica que ocupe na estrutura organizacional da Instituição, à convocação da Superintendência Executiva da Agir, Diretoria Técnica, Diretoria Assistencial e da Comissão de Ética Médica;

XVI. Comparecer adequadamente trajado para o exercício profissional na Unidade;

XVII. Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os colaboradores da Unidade;

XVIII. Atender aos chamados o mais breve possível, quando em serviço ou à disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro;

XIX. Comparecer às reuniões clínicas, atendendo convocação;

XX. Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH ou Vigilância Epidemiológica;

XXI. Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no país;

XXII. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 99º São responsabilidades gerais dos Profissionais de Saúde da Unidade:

I. Cumprir o Código de Ética da categoria profissional;

II. Comparecer adequadamente trajado para o exercício profissional na Instituição;

III. Manter relacionamento harmonioso e adequado com todos os colaboradores da Unidade, respeitando, indistintamente, todos os profissionais que nela atuam;

IV. Proceder registros e anotações no prontuário do paciente ou receituário, que sejam indispensáveis ao acompanhamento do caso, identificando-se com assinatura;

- V. Atender aos chamados o mais breve possível, quando em serviço ou à disposição, mantendo a central telefônica informada sobre seu paradeiro;
- VI. Colaborar com os colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
- VII. Comparecer às reuniões clínicas, atendendo convocação;
- VIII. Informar e notificar casos suspeitos de infecção hospitalar ou doença de declaração compulsória à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH ou Vigilância Epidemiológica;
- IX. Cumprir as leis, decretos e portarias que regem a saúde no país;
- X. Cumprir e fazer cumprir as rotinas padronizadas de cada Serviço e o presente Regimento Interno;
- XI. Zelar pelo patrimônio da Unidade;
- XII. Atender com a devida atenção aos pacientes e familiares;
- XIII. Realizar pesquisas na sua área de atuação;
- XIV. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 100º São responsabilidades dos Médicos no pedido de exames complementares ou auxiliares de tratamento:

- I. Solicitar os exames complementares laboratoriais, radiográficos e outros que julgar necessário, por meio de formulário padronizado e apropriado;
- II. Solicitar transfusão sanguínea ou de frações em formulário próprio, indicando a quantidade a ser utilizada;
- III. Certificar os códigos referentes aos exames;
- IV. Preencher corretamente todas as solicitações padronizados para realização de exames complementares;
- V. Avaliar os resultados dos exames realizados e estabelecer a conduta terapêutica mais adequada.

Art. 101º São responsabilidades dos Médicos na atenção aos pacientes:

- I. Atender os pacientes, prestando esclarecimentos sobre exames, diagnóstico e tratamento;

- II. Participar e discutir com os familiares do paciente as decisões a serem tomadas;
- III. Acompanhar o paciente durante todo o processo terapêutico, do momento da internação até a alta.

Art. 102º São responsabilidades dos Médicos no óbito de pacientes:

- I. Certificar o óbito do paciente;
- II. Registrar o óbito no prontuário do paciente, indicando data, horário e causa da morte;
- III. Preencher, assinar e carimbar a Declaração de Óbito, de acordo com o padrão estabelecido, exceto nos casos em que a lei determina o encaminhamento ao Instituto Médico Legal - IML;
- IV. Comunicar à família, pessoalmente, a ocorrência do óbito.

Art. 103º São responsabilidades específicas dos Médicos Clínicos:

- I. Assistir aos pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e uso da melhor técnica;
- II. Examinar o paciente, tratando-o com decoro;
- III. Solicitar exames complementares e/ou auxiliares, se necessário;
- IV. Analisar e interpretar os resultados dos exames solicitados;
- V. Prescrever medicamentos, indicando dosagem e respectiva via de administração;
- VI. Manter registro dos pacientes examinados, anotando a conclusão diagnóstica, tratamento e evolução da doença;
- VII. Emitir atestados de saúde, sanidade, óbito e aptidão física e mental;
- IX. Realizar pesquisas na sua área de atuação;
- X. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 104º São responsabilidades específicas dos Enfermeiros:

- I. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de assistência de enfermagem no HECAD;
- II. Realizar prescrição de assistência de enfermagem;

- III. Receber o plantão, tomar conhecimento das ocorrências e providenciar as ações necessárias, na ausência do coordenador ou quando dele receber esta designação;
- IV. Executar os procedimentos técnicos da competência do enfermeiro;
- V. Realizar a prevenção e controle sistemático das infecções hospitalares e das doenças transmissíveis em geral;
- VI. Assistir, orientar e supervisionar o técnico de enfermagem em suas atribuições;
- VII. Interpretar, cumprir e fazer cumprir as prescrições médicas;
- VIII. Cuidar para a organização e conservação dos equipamentos e materiais sob sua guarda no serviço;
- IX. Zelar pela manutenção, limpeza e ordem da Unidade;
- X. Zelar pela conduta ética da equipe de trabalho;
- XI. Registrar todas as atividades executadas, em documentos apropriados;
- XII. Participar de programas de educação em serviço, CIPA, grupos de estudos na área de enfermagem e programas de atendimento ao paciente;
- XIII. Colaborar com o enfermeiro chefe do Serviço para o bom andamento das atividades da Unidade;
- XIV. Zelar pela qualidade dos serviços de enfermagem prestados aos pacientes;
- XV. Realizar pesquisas na sua área de atuação;
- XVI. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 105º São responsabilidades específicas dos Farmacêuticos:

- I. Planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades inerentes à política de medicamentos;
- II. Planejar e controlar a política de controle de estoque e aquisição dos produtos farmacêuticos;
- III. Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos e materiais médico-hospitalares;
- IV. Elaborar manuais técnicos e formulários próprios;

- V. Fiscalizar a utilização de medicamentos controlados, assim como a atuação da Vigilância Sanitária;
- VI. Coordenar as informações sobre medicamentos junto às diversas comissões do HECAD;
- VII. Participar de ensaios clínicos autorizados e de programas de farmacovigilância;
- VIII. Participar das atividades sobre o controle das infecções hospitalares;
- IX. Coordenar as atividades sobre educação, treinamento e política de farmácia clínica;
- X. Desenvolver atividades colaborativas com outras áreas do HECAD;
- XI. Realizar pesquisas na sua área de atuação;
- XII. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 106º São responsabilidades específicas dos Nutricionistas:

- I. Coordenar e planejar o programa da nutrição e dietética dos pacientes, em conformidade com suas necessidades e prescrições médicas;
- II. Analisar as carências alimentares e o conveniente aproveitamento dos recursos dietéticos;
- III. Elaborar os cardápios para pacientes e empregados;
- IV. Controlar a estocagem, preparação, conservação e distribuição dos alimentos;
- V. Efetuar o registro das despesas e das pessoas que recebem refeições, fazendo anotações em formulários, para estimar o custo médio de alimentação;
- VI. Zelar pela manutenção de boas condições higiênicas;
- VII. Promover o conforto a segurança e a higiene no ambiente de trabalho;
- VIII. Participar das compras de gênero alimentício;
- IX. Verificar nos prontuários dos pacientes dados pessoais, prescrição e resultado da dieta, além da distribuição e horário da alimentação;
- X. Fiscalizar os serviços prestados pela nutrição e dietética;
- XI. Realizar pesquisas na sua área de atuação;
- XII. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 107º São responsabilidades específicas dos Psicólogos:

- I. Avaliar os pacientes e formular o psicodiagnóstico;
- II. Dar apoio no processo terapêutico de pacientes, quando solicitado por outro profissional;
- III. Orientar e/ou executar as técnicas que têm por finalidade promover a aceitação das deficiências definitivas ou transitórias;
- IV. Estabelecer a terapêutica adequada às condições do paciente, obedecendo aos princípios éticos e dinâmica da Unidade;
- V. Registrar no prontuário do paciente os dados técnicos do tratamento desenvolvido;
- VI. Proceder a formulação de hipóteses e sua comprovação experimental;
- VII. Analisar a influência dos fatores hereditários, ambientais e psicossociais que atuam sobre o indivíduo;
- VIII. Elaborar a ficha de atendimento, entrevistar o paciente, aplicar testes, e outros métodos de verificação para formular o psicodiagnóstico;
- IX. Participar da elaboração, adaptação e construção de instrumentos e técnicas psicológicos que favoreçam a pesquisa;
- X. Promover a prevenção, tratamento e reabilitação de distúrbios, para restabelecer os padrões normais de comportamento e relacionamento humano;
- XI. Promover o envolvimento dos familiares no processo terapêutico desenvolvido;
- XII. Atuar em conjunto com o Corpo Clínico no atendimento e apoio psicológico aos pacientes ambulatoriais do HECAD;
- XIII. Realizar pesquisas na sua área de atuação;
- XIV. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 108º São responsabilidades específicas dos Fisioterapeutas:

- I. Prestar atendimento aos pacientes da Unidade, em comum acordo com os médicos assistentes e demais profissionais de saúde;
- II. Estabelecer plano terapêutico de acordo com as necessidades do paciente, seguindo princípios éticos da profissão e a dinâmica do HECAD;

- III. Envolver o paciente e os familiares no processo terapêutico, sempre que possível;
- IV. Registrar no prontuário do paciente os procedimentos técnicos realizados;
- V. Responder pela avaliação fisioterapêutica;
- VI. Executar procedimentos do protocolo de tratamento;
- VII. Acompanhar a evolução do paciente por meio do prontuário;
- VIII. Participar das reuniões clínicas, grupo de estudo e orientações;
- IX. Manter em adequado funcionamento os equipamentos de uso do Serviço, bem como a ordem do ambiente de trabalho;
- X. Realizar outras atividades de sua competência profissional, quando solicitado;
- XI. Realizar pesquisas na sua área de atuação;
- XII. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 109º São responsabilidades específicas dos Assistentes Sociais:

- I. Estabelecer sistemática de atuação no âmbito de assistência social, observando a política estabelecida;
- II. Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar todas as atividades do Serviço Social;
- III. Controlar técnica e administrativamente o desempenho das atividades do Serviço Social;
- IV. Promover condições sociais básicas de humanização na Unidade, de forma a beneficiar o paciente na utilização dos serviços prestados e na terapêutica;
- V. Ajudar o paciente e familiares a identificar, diagnosticar e definir soluções frente às situações socioeconômicas e familiares decorrentes da patologia;
- VI. Apresentar relatórios mensais das atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- VII. Realizar vistorias, perícias técnicas, informações e pareceres sobre o Serviço;
- VIII. Realizar consulta e prestar orientação social aos usuários do HECAD;
- IX. Participar na elaboração, execução e avaliação dos planos/projetos e programas de assistência à saúde;
- X. Participar ao paciente sobre seus direitos e deveres perante a Instituição;

XI. Realizar pesquisas na sua área de atuação;

XII. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 110º São responsabilidades específicas dos Biomédicos:

I. Realizar a coleta de material para proceder aos exames laboratoriais;

II. Manipular substâncias químicas para obter os reativos necessários à realização dos testes, análises e provas de laboratório;

III. Fazer exames coprológicos, por meio de técnicas macro microscópicas, para complementar o diagnóstico;

IV. Realizar exames de urina de vários tipos para auxiliar no diagnóstico de doenças e gravidez;

V. Proceder a exames sorológicos, hematológicos, dosagens bioquímicas em amostras de sangue e exames bacterioscópicas e bacteriológicas, possibilitando a leitura microscópica e o diagnóstico laboratorial;

VI. Auxiliar a realização de exames do líquido cefalorraquidiano para complementar o diagnóstico;

VII. Auxiliar na elaboração de relatórios técnicos e na computação de dados estatísticos, anotando e reunindo os resultados dos exames e informações para possibilitar consultas;

VIII. Controlar o estoque de material;

IX. Cooperar na formação e treinamento de pessoal, nas aulas práticas ministradas a estagiários e discentes;

X. Realizar pesquisas na sua área de atuação;

XI. Realizar outras atividades correlatas.

Art. 111º São direitos gerais dos Profissionais de Saúde que atuam no HECAD:

I. Frequentar as dependências da Unidade e usar os aparelhos, equipamentos e medicamentos necessários ao desempenho de suas atividades, requisitando-os, se for o caso;

II. Fazer representação ao superior direto para adoção de medidas que visem à evolução do padrão técnico de atendimento;

- III. Receber honorários profissionais resultantes de serviços efetivamente prestados;
- IV. Receber em dia os salários, em conformidade com o estabelecido no contrato de trabalho.

DOS DIREITOS DOS PACIENTES

Art. 112º São direitos gerais dos pacientes que utilizam os serviços do HECAD:

- I. Ter acesso imparcial ao tratamento e alojamento disponível, sem considerar sua raça, crença, sexo, situação social ou procedência para o tratamento;
- II. Receber tratamento respeitoso, a qualquer hora e sob todas as circunstâncias, como reconhecimento de sua dignidade pessoal;
- III. Saber a identidade e a função dos indivíduos que lhe atendem;
- IV. Consultar um outro profissional, por solicitação e por sua conta;
- V. Saber quais exames complementares serão realizados, bem como sua finalidade e forma de realização, além dos riscos e inconveniências;
- VI. Recusar o exame, caso não se sinta bem-informado ou por qualquer outro motivo;
- VII. Saber ou não qual a sua doença e tudo o que diz respeito a ela;
- VIII. Saber que vai ser tratado e como vai ser o tratamento;
- IX. Recusar o tratamento clínico ou cirúrgico por motivos pessoais;
- X. Pedir alta a qualquer momento, por motivos pessoais ou não. Neste caso, terá de comunicar o médico e/ou enfermeiro, preencher o Termo de Responsabilidade, indicando que a alta foi a seu pedido e que a equipe do HECAD não tem nenhuma responsabilidade pelas possíveis consequências;
- XI. Esclarecer dúvidas ou fazer queixas a um Membro da Comissão de Ética;
- XII. Colaborar com os médicos e outros profissionais do HECAD, esclarecendo dúvidas sobre seu caso, para pesquisas e estudos científicos;
- XIII. Ser informado sobre qualquer estudo que venha a ser desenvolvido em relação ao seu caso;
- XIV. Consultar o seu prontuário mediante solicitação, ficando o mesmo sob a guarda da Unidade.

DAS RESPONSABILIDADES DOS PACIENTES

Art. 113º São responsabilidades gerais dos Pacientes Internos e Externos:

- I. Fornecer, conforme seu entendimento, informações sobre suas queixas atuais, doenças anteriores, hospitalizações, cirurgias e outros assuntos relacionados à sua saúde;
- II. Seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional de saúde responsável pelo seu atendimento;
- III. Assumir as consequências de suas ações, recusando o tratamento ou não seguindo as instruções do profissional de saúde;
- IV. Contribuir com a conservação das dependências físicas, mobiliário, instalações, utensílios, aparelhos e outros objetos que venha a usar;
- V. Ajudar a manter limpa a enfermaria, não cuspir no chão e não jogar objetos dentro de privadas;
- VI. Colaborar com toda a equipe;
- VII. Fazer uso apenas dos medicamentos dados pelos enfermeiros, sob prescrição médica;
- VIII. Não fumar dentro das dependências do HECAD;
- IX. Respeitar os colegas de enfermaria;
- X. Evitar atos ou gestos que desrespeitem o pudor e a moral.

DOS ACOMPANHANTES

Art. 114º Os pacientes menores de 18 anos (Lei 8.069/1990, art.12) e/ou maiores de 60 anos (Portaria GMMS nº 280/1999, art.1º) poderão ter acompanhante, não sendo a Unidade obrigada, contudo, a fornecer alimentação ou infraestrutura de repouso para eles.

Art. 115º Não é permitida a presença de acompanhante nas salas de procedimentos.

Art. 116º O acompanhante deverá seguir as instruções dos profissionais do HECAD, em especial do Corpo de Enfermagem.

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS E FINAIS

Art. 117º Os direitos e deveres dos colaboradores são regidos pela legislação específica em vigor e pelos códigos de Ética Profissional.

Art. 118º O uso de qualquer comunicação com timbre é exclusivo do HECAD no exercício das suas atividades, devendo a correspondência externa ser assinada pelos responsáveis, isoladamente ou em conjunto, quando for o caso.

Art. 119º Nenhum documento poderá ser confeccionado sem a autorização do Diretor Geral da Unidade.

Art. 120º Todo documento relativo a pagamento deverá ser aferido e visado pela Diretoria Administrativa e Financeira do HECAD, sendo os cheques assinados pelo Superintendente Executivo e pelo Superintendente Administrativo e Financeiro da Agir.

Art. 121º Na impossibilidade ou ausência do Diretor Geral da Unidade, este será representado pelo Diretor Administrativo e Financeiro.

Art. 122º Na impossibilidade ou ausência do Diretor Administrativo e Financeiro, este será representado pelo Supervisor Operacional.

Art. 123º Todo material permanente existente será tombado, assim como todas as aquisições ou doações de bens permanentes. Qualquer alteração de baixa ou transferência de uma Unidade para outra deverá ser anotada na ficha patrimonial.

Art. 124º A transferência de material tombado de uma Unidade para outra só poderá ser efetuada mediante prévia autorização do Superintendente Administrativo e Financeiro da Agir.

Art. 125º Será vedada a comercialização de produtos de qualquer natureza ou origem nas áreas internas e externas do HECAD, seja por colaboradores da Unidade, pacientes, familiares ou terceiros. Somente os bazares beneficentes devidamente autorizados pela Superintendência Executiva da Agir e as oficinas poderão comercializar produtos, cuja receita será revertida para a assistência aos pacientes carentes.

Art. 126º Este Regimento Interno poderá ser alterado, em parte ou no todo, por deliberação do Conselho de Administração da Agir, representado por, no mínimo, 2/3 dos seus Membros.

Art. 127º O presente Regimento entrará em vigor na data em que for aprovado pela Superintendência Executiva da Agir, “*ad referendum*” do Conselho de Administração.

1.1.2.3. Proposta de Regimento do Serviço de Enfermagem

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º O Serviço de Enfermagem - SE é parte integrante da estrutura organizacional do Hospital estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, dotado de recursos humanos e técnicos, que tem por finalidade a realização de ações relacionadas aos cuidados assistenciais de enfermagem ao indivíduo, família ou comunidade, garantindo a prevenção, promoção e recuperação de saúde. O SE interage com todas as áreas de forma integrada e com qualidade no atendimento ao paciente e sua atuação é executada com responsabilidade, competência, conhecimento técnico-científico e humanização, dirigido por normas técnicas e administrativas.

Parágrafo único - O presente Regimento Interno norteará o SE do HECAD, estabelecendo o seu posicionamento no organograma institucional. Em linhas gerais, são apresentados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem, em norma de ordem ética que regula as relações dos profissionais de Enfermagem entre si, com os demais profissionais e com os usuários atendidos na Unidade. Visa orientar, instruir e fomentar o SE, baseado nos preceitos da lei e referenciais teórico-práticos que objetivam a construção do conhecimento e promoção da assistência com eficiência e humanização, de acordo com as diretrizes do SUS.

Art. 2º O Serviço de Enfermagem – SE do HECAD tem por finalidade:

- I. Promover a saúde e a qualidade de vida da criança, adolescente, família e coletividade;
- II. Planejar, coordenar e executar as atividades de enfermagem existentes na Instituição, conforme a Legislação e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem vigentes;
- III. Assistir o paciente de forma integrada e humanizada;

- IV. Promover um padrão de atendimento, estimulando a equipe ao desenvolvimento técnico-científico, favorecendo o crescimento dentro das especialidades;
- V. Estimular e promover o trabalho, atendendo os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade;
- VI. Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe;
- VII. Executar os cuidados de enfermagem com atenção voltada ao paciente, considerando as suas limitações e necessidades biopsicossociais;
- VIII. Fundamentar-se numa filosofia condizente com a missão, valores e princípios da Unidade, corroborando para o alcance da visão;
- IX. Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem;
- X. Desenvolver, monitorar e gerenciar indicadores de qualidade e dados estatísticos do serviço.

Parágrafo único - O Regimento Interno do Serviço de Enfermagem é um instrumento administrativo flexível, que orienta o processo de trabalho da equipe de enfermagem e respalda legalmente o exercício profissional.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E COMPOSIÇÃO

Art. 3º O SE do HECAD estará subordinado à Diretoria Técnica da Unidade, conforme o organograma estratégico, e será coordenado, exclusivamente, por profissional Enfermeiro, na Gerência Operacional de Enfermagem, responsável por planejar, organizar, dirigir e supervisionar as atividades na dispensação da assistência ao paciente.

Art. 4º O SE do HECAD será constituído por Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, compostos da seguinte forma:

- I. Gerência Operacional de Enfermagem;
- II. Supervisor de Enfermagem;
- III. Enfermeiros Assistenciais;

IV. Técnicos de enfermagem.

Art. 5º Compete a todos os profissionais de Enfermagem do HECAD:

- I. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética de Enfermagem;
- II. Registrar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem prestadas, identificando-se por meio de assinatura eletrônica;
- III. Participar proativamente em projetos da Unidade ou serviços;
- IV. Zelar pela guarda, controle, manutenção, conservação e inventário de equipamentos e materiais da Unidade.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES E REQUISITOS

Art. 6º Compete à Gerência Operacional de Enfermagem:

- I. Caracterizar o SE da Unidade, por meio de diagnóstico situacional, e elaborar consequente plano de trabalho;
- II. Organizar o SE de acordo com a especificidade de cada setor da Unidade e com o perfil e especificidades aplicados ao HECAD, elaborando e fazendo cumprir os protocolos assistenciais;
- III. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Unidade e as determinações da Diretoria Geral;
- IV. Responsabilizar-se pela implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, conforme legislação vigente;
- V. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelas seguintes supervisões: Supervisão de Enfermagem-Ambulatório, Supervisão de Internação-UTI, Supervisão de Pronto Socorro, Supervisão de Procedimento Cirúrgico e CME, Supervisão de SADT;
- VI. Manter rotina de reuniões periódicas com a equipe, registrando em ata a proposta de pauta, alinhamentos e tratativas;
- VII. Manter o quantitativo necessário de profissionais de enfermagem na escala de trabalho, observando o disposto na Resolução COFEN nº 543/2017, disponibilizando seu conhecimento em local acessível aos profissionais da categoria;

- VIII. Fazer cumprir as leis do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN e Conselho Regional de Enfermagem de Goiás - COREN/GO, organizando e dirigindo os serviços de enfermagem em suas atividades técnicas e auxiliares;
- IX. Participar proativamente em projetos da Unidade ou serviços;
- X. Zelar pela guarda, controle, manutenção, conservação e inventário de equipamentos e materiais da Unidade;
- XI. Manter-se atualizado com relação às ausências de funcionários nos setores, registrando as licenças, faltas e abonos para facilitar o cálculo da taxa de absenteísmo no SE;
- XII. Avaliar a necessidade de remanejamento do pessoal de enfermagem, de acordo com a precisão e possibilidades dos setores, sem prejuízo ao atendimento;
- XIII. Providenciar coberturas para os casos de ausências de colaboradores, sempre que possível e necessário, favorecendo uma assistência de qualidade e segura;
- XIV. Elaborar, em conjunto com a equipe de enfermagem, o Plano de Ação Anual para o SE, com o estabelecimento de objetivos, metas, ações estratégicas, aprazamentos, responsabilidades e avaliação de resultados;
- XV. Gerar relatórios sobre a taxa de absenteísmo do SE, mensalmente;
- XVI. Sugerir, elaborar e revisar os protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POP que irão organizar o SE;
- XVII. Intermediar, junto ao COREN/GO, a implantação da Comissão de Ética de Enfermagem na Unidade;
- XVIII. Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, de acordo com as normas do COFEN e COREN/GO;
- XIX. Colaborar com todas as atividades de fiscalização do COREN/GO, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia;
- XX. Elaborar, implantar, implementar e atualizar o Regimento Interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos e demais instrumentos administrativos de Enfermagem, de acordo com a rotina e sempre que necessário;

XXI. Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP, Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH e demais comissões instituídas na Unidade;

XXII. Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;

XXIII. Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais, em seus aspectos técnicos e éticos;

XXIV. Promover e participar de aperfeiçoamento técnico da equipe de Enfermagem, por meio de programas de educação continuada e permanente.

Art. 7º São requisitos exigidos para o cargo de Gerente Operacional de Enfermagem:

I. Diploma de graduação em Enfermagem;

II. Certificado de responsabilidade técnica do COREN/GO;

III. Diploma ou título de especialização na área de Gestão e/ou Gerenciamento em Enfermagem e/ou Administração Hospitalar;

IV. Conhecimento geral para a direção dos serviços oferecidos na Unidade;

V. Competência técnico-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;

VI. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

§ 1º O Regimento Interno do Serviço de Enfermagem está fundamentado na Lei nº 7.478/1986 e no Decreto COFEN nº 94.406/1987.

§ 2º A função de Gerente Operacional de Enfermagem deverá ser exercida por enfermeiro graduado em escola reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC e com experiência de gestão em saúde.

§ 3º Em suas faltas ou impedimentos legais, o Gerente Operacional de Enfermagem será substituído por um enfermeiro pertencente ao quadro da Unidade, sendo este designado pelo Diretor Técnico.

Art. 8º Compete ao Supervisor de Enfermagem:

I. Supervisionar área de trabalho sob sua responsabilidade;

- II. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe de Enfermagem;
- III. Realizar avaliação periódica dos colaboradores que compõem a equipe de trabalho;
- IV. Colaborar na humanização do atendimento ao paciente;
- V. Zelar pelas atividades privativas do enfermeiro;
- VI. Planejar a escala de serviço do setor de sua responsabilidade;
- VII. Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem.

Art. 9º São requisitos exigidos para o cargo de Supervisor do Serviço de Enfermagem:

- I. Certificado de responsabilidade técnica do COREN/GO;
- II. Diploma de graduação em Enfermagem;
- III. Conhecimento específico para a área de atuação;
- IV. Competência técnico-científica, capacidade de liderança, relacionamento e facilidade de trabalho em equipe;
- V. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- VI. Habilidades para desenvolver Programas de Qualidade.

Art. 10º Compete ao Enfermeiro Assistencial:

- I. Atender às solicitações do Gerente e Supervisor de Enfermagem;
- II. Realizar visitas diárias e assistência aos pacientes aplicando a Sistematização de Assistência de Enfermagem - SAE;
- III. Supervisionar os procedimentos técnicos de enfermagem;
- IV. Prestar assistência ao paciente, respeitando os princípios éticos, científicos e técnicos;
- V. Elaborar rotinas e técnicas e revisá-las anualmente ou quando necessário;
- VI. Participar e colaborar com os programas de educação continuada da Unidade;
- VII. Elaborar os planos de assistência de Enfermagem aos pacientes;
- VIII. Participar do Projeto Terapêutico Singular - PTS;

- IX. Controlar a disciplina, pontualidade e assiduidade dos colaboradores sob sua responsabilidade;
- X. Requisitar materiais e medicamentos;
- XI. Colaborar com docentes e discentes nas atividades de ensino e pesquisa;
- XII. Realizar orientação sobre as normas e rotinas do ambiente assistencial, esclarecendo dúvidas;
- XIII. Prover orientações específicas quanto à assistência prestada ao usuário, preparando-o para a continuidade dos cuidados em sua residência, quando necessário;
- XIV. Notificar no Sistema de Informação a ocorrência de eventos adversos que aconteçam na Unidade, colaborando com o Serviço de Vigilância e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- XV. Realizar a investigação de causas e planejamento de melhorias, em caso de ocorrência de eventos adversos no setor;
- XVI. Estimular o autocuidado ao usuário, sempre que possível;
- XVII. Participar de pesquisas técnicas e científicas na área da saúde.

Art. 11º São requisitos exigidos para o cargo de Enfermeiro Assistencial:

- Certificado de responsabilidade técnica do COREN/GO;
- Conhecimento e desejável especialização na área de atuação na Unidade;
- Experiência mínima de 6 (seis) meses na área de atuação;
- Visão abrangente dos cuidados ao paciente;
- Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- Dinamismo, versatilidade, bom relacionamento e trabalho em equipe;
- Competência técnico-científica e qualidades para interagir e agir com rapidez;
- Bom relacionamento interpessoal e profissional.

Art. 12º Compete ao Técnico de Enfermagem:

- I. Receber os pacientes e orientá-los na Unidade;

- II. Exercer as atividades técnicas de nível médio de assistência de Enfermagem, sob a supervisão do Enfermeiro;
- III. Executar os cuidados de Enfermagem que forem planejados, prescritos ou de rotina, em atenção a SAE;
- IV. Preparar os pacientes para consultas, exames e procedimentos complementares e diagnósticos;
- V. Executar os procedimentos de pré, trans e pós-operatório;
- VI. Realizar cuidados de higiene e alimentação dos pacientes;
- VII. Colaborar com o Enfermeiro Assistencial no cumprimento da escala de serviço de prescrição de Enfermagem;
- VIII. Comunicar ao Enfermeiro Assistencial eventuais anormalidades com o paciente;
- IX. Executar as ações de competência do Técnico de Enfermagem, checando todas as prescrições realizadas, bem como realizando as evoluções em prontuário;
- X. Registrar no prontuário do paciente os cuidados prestados e intercorrências;
- XII. Zelar pela manutenção, limpeza e conservação das dependências da Unidade.

Art. 13º São requisitos exigidos para o cargo de Técnico de Enfermagem do HECAD:

- I. Certificado do COREN/GO em sua categoria profissional;
- II. Experiência mínima de 6 (seis) meses na área de atuação;
- III. Habilidades humanizadas no atendimento e trato com pacientes e familiares;
- IV. Habilidades técnicas e conhecimento científico de seu trabalho;
- V. Espírito de cooperação, trabalho em equipe, disciplina, ética, proatividade e respeito à hierarquia.

CAPÍTULO IV

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 14º O Serviço de Enfermagem - SE manterá plantão durante 24 horas diárias, por meio de escalas de revezamento, respeitando-se a legislação trabalhista vigente no país.

Parágrafo único – A assistência do SE deverá ser garantida durante todo o horário, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos colaboradores.

Art. 15º Os colaboradores exercerão suas atividades de acordo com o cronograma elaborado mensalmente pela Supervisão de Enfermagem, seguindo a escala diária de trabalho.

Parágrafo único – O colaborador deverá apresentar-se ao trabalho no horário determinado, de acordo com as normativas institucionais.

CAPÍTULO V

DO REGISTRO E ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Art. 16º A equipe de Enfermagem deve registrar em prontuário todo o procedimento realizado nos pacientes sob sua responsabilidade.

Art. 17º O registro do SE no prontuário do paciente e em outros documentos próprios do HECAD deverá ser de forma completa, clara, pontual, cronológica e objetiva, observando-se a redação, contendo data, hora e assinatura.

Art. 18º É vedado o registro de procedimento ou cuidado feito por terceiros.

Art. 19º As atividades e registros de estudantes de formação profissional de Enfermagem deverão ser acompanhados pelos supervisores de atividade prática.

Art. 20º O prontuário do paciente está sob a guarda da Unidade e o acesso às informações nele contidas deve seguir as normas institucionais, uma vez que trata de direitos constitucionais exclusivos do usuário - sigilo, confidencialidade e privacidade.

Art. 21º É vedada à equipe de Enfermagem a entrega do prontuário ou ficha clínica para quaisquer finalidades (cópia, transferência e outros), sem autorização dos diretores da Unidade.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22º O Regimento Interno do SE deverá ser cumprido por todos os colaboradores que o representam.

Art. 23º A equipe de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.

Art. 24º É vedado o uso de qualquer informação relativa à Unidade em benefício próprio ou de terceiros, bem como a veiculação indevida de imagens ou informações relativas a ela em redes sociais e similares, sem autorização do representante legal/técnico da área.

Art. 25º É vedada a violação do sigilo profissional e a exposição de imagens de pacientes, profissionais sem expressa autorização, não causando efeitos negativos aos que serão expostos.

Art. 26º Os colaboradores deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado, devidamente uniformizados de acordo com o Manual de Biossegurança e NR 32 do Ministério do Trabalho e identificados com crachás.

Art. 27º Esse Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de Enfermagem na Unidade ou, ainda, por iniciativa do Supervisor de Enfermagem, Gerente Operacional de Enfermagem ou Diretoria da Unidade.

Art. 28º As alterações propostas neste artigo deverão ser submetidas à Diretoria Geral do HECAD.

Art. 29º Os casos não previstos neste Regimento serão tratados pelo Supervisor de Enfermagem, em conjunto com a Gerência Operacional de Enfermagem e Diretoria da Unidade.

Art. 30º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da sua aprovação.

1.1.2.4. Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao Controle Gerencial da Unidade e Melhoria do Atendimento ao Usuário

A Agir é pioneira no que tange ao desenvolvimento tecnológico e implantação e implementação da Saúde Digital, mantendo a busca contínua na padronização dos processos e em especial, buscando agregar valor ao usuário do SUS e aos profissionais que ali atuam. Com gestão moderna, a OSS visa garantir a operação de todas as atividades que permeiam a Unidade.

Será implementado no HECAD um sistema de informação responsável por administrar todos os processos de negócio da Unidade de forma integrada, desde o

primeiro atendimento do paciente, das compras à contabilidade, possibilitando a apuração dos custos e resultados por centro de custo e análise do desempenho econômico da Instituição, avaliando informações gerenciais precisas e confiáveis para a tomada de decisão e prestação de contas.

Neste sistema, será utilizado o Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP com assinatura digital, onde todas as informações serão armazenadas de forma eletrônica, garantido maior rastreabilidade, segurança da informação e sinergia nos atendimentos, haja vista que estes estarão vinculados aos processos digitais da Unidade.

O sistema proposto terá o seguinte módulo de PEP:

Gerenciamento eletrônico de prontuários

O PEP é uma tecnologia utilizada nas instituições de saúde, no registro, armazenamento e controle digital das informações do paciente. Com essa ferramenta é possível reduzir erros, otimizar recursos, ampliar a segurança e aperfeiçoar o atendimento nas Unidades, sendo essa uma ferramenta certa para redução de custos.

Desta forma, é fundamental oportunizar uma ferramenta que seja capaz de realizar os registros dos dados e informações clínicas/assistenciais de todo histórico do paciente, simplificando o armazenamento e facilitando o dia a dia dos profissionais assistenciais.

A interoperação entre os módulos que permeiam o PEP faz com que a Unidade se desponte não somente no conceito de gerenciamento deste, mas no gerenciamento dos módulos de apoio que norteiam a operação na Instituição.

Destaca-se que a manutenção do dado íntegro e confiável traz acolhimento à governança deles. Assim, a centralização das informações clínicas e assistenciais dos atendimentos aos pacientes em uma única base de dados fortalece o conceito de segurança e integridade desses.

As características mínimas relacionadas abaixo serão seguidas na Unidade:

- a) Confidencialidade dos dados dos pacientes: acesso a partir de níveis de permissões;

- b) Acesso remoto e simultâneo às informações do PEP por vários profissionais da saúde, considerando as regras e políticas de segurança, alinhado às normas do Conselho Federal de Medicina - CFM e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - SBIS;
- c) Consulta à agenda e pacientes confirmados;
- d) Registro de anamnese, história da doença atual, diagnóstico e tratamento;
- e) Acesso ao PEP completo do paciente;
- f) Prescrição eletrônica;
- g) Senhas de acesso restritivas;
- h) Assinatura digital de todos os registros inseridos no PEP;
- i) Evolução médica por padrões;
- j) Emissão de atestados, receitas e laudos;
- k) Solicitações de consultas, cirurgias e exames;
- l) Lançamentos de procedimentos pelo médico, executados no ambulatório;
- m) Controle de pareceres da equipe multidisciplinar;
- n) Possibilidade de análise estatística das informações clínicas;
- o) Garantia da legibilidade total das informações;
- p) Organização do PEP, eliminando o extravio e o não preenchimento correto das informações;
- q) Rastreabilidade na edição dos dados do PEP.

Controle Gerencial

Refere-se ao modelo de gestão transparente, mantendo o uso e aplicabilidade de recursos tecnológicos apontados para uma gestão sustentável, inovadora e com indicadores de abrangência para cumprimentos de metas e apoio nas tomadas de decisão.

A Agir não somente busca a evolução contínua de recursos tecnológicos aplicados à saúde como possui experiência comprovada no cuidado aos pacientes da

rede de atenção às Urgências e Emergências, pacientes pediátricos críticos e, também, em reabilitação.

A OSS abrange, neste âmbito, atendimentos de média e alta complexidades, serviços assistenciais, de diagnose e, ainda, interopera os dados entre a estrutura modular do Sistema de Gestão Hospitalar, Unidades Hospitalares e Complexo Reguladores.

Ao oferecer tecnologia humanizada com um conceito inovador de gestão em saúde, a Agir, na abrangência dos serviços a serem ofertados no HECAD, buscará oferecer um cuidado ao paciente que irá procurar os serviços na Unidade, mantendo o zelo pelas informações ali registradas.

A OSS englobará, também, o Sistema de Gestão da Qualidade -SGQ com modelos de documentos estruturados, controle e gerenciamento de EPIs e outros produtos de produção própria, com vistas a otimizar e/ou melhorar os processos da Unidade.

1. Infraestrutura

As atividades realizadas pelo Setor de Tecnologia da Informação da Agir propõem soluções de gerenciamentos de unidade de saúde estruturadas e inovadoras.

No HECAD, as redes de computadores serão interoperadas e interligadas por meio de conexões de última geração e com as técnicas de segurança da informação em conformidade com as normativas atuais, atingindo todos os setores da organização hospitalar. Os ativos físicos e/ou lógicos, que são os bens mais importantes da Instituição, serão protegidos conforme as legalidades cabíveis ao escopo de contratação.

Buscando excelência na estruturação da tecnologia da informação (*hardware* e *software*), a Agir desenvolverá um ambiente tecnológico adequado para atender às necessidades da Unidade, efetivando uma gestão eficiente dos recursos, tais como rede de comunicação e dados, políticas de segurança da informação, banco de dados e serviço qualificado de suporte ao usuário em todas as áreas do HECAD.

1.1. Dimensionamento Wi-Fi

O *Wi-Fi* corporativo é mais do que um conjunto de roteadores, é um planejamento e monitoramento constante para distribuir a rede de forma hierarquizada e lógica — focando em áreas prioritárias e dimensionando essa oferta de acordo.

Sabe-se que um *Wi-Fi* bem dimensionado pode melhorar a produtividade e a integração entre departamentos, facilitando a correção de problemas e a interação sobre processos.

Nesse sentido, o Setor de Tecnologia da Informação do HECAD realizará as definições de cobertura de rede *Wi-Fi* na Unidade, conforme necessidade e conveniência, considerando as demandas com os dispositivos remotos de um modo geral.

O trabalho será realizado no sentido de garantir 3 (três) aspectos chaves: (1) performance adequada; (2) cobertura necessária; e, (3) segurança de dados.

2. Estrutura de Data Center

O *data center* é uma estrutura física que é projetada para abrigar todos os equipamentos de informática necessários para telecomunicação, com a finalidade de gerenciamento dos recursos de rede.

As melhores práticas, conforme as normativas ANSI/TIA 942 e ANSI/BICSI 002, serão aplicadas para estruturação ou reestruturação deste serviço no HECAD. Assim sendo, um *self-service* de serviços será proposto em modelo híbrido, com parte da estrutura em ambiente local e outra parte em nuvem (*cloud computing*).

Com controle de acesso seguro será possível disponibilizar acessos às informações para órgãos fiscalizados dentro da esfera de governança da Unidade.

Nestas condições, os serviços terão abrangência em conformidade com as políticas e normativas, mantendo a segurança e o controle necessários.

3. Telefonia

Com advento das novas tecnologias, a demanda pela comunicação tornou-se cada vez mais essencial para o negócio saúde. Inclusive, o paciente, inserido nesse contexto de acesso irrestrito à informação, modificou sua expectativa em relação ao atendimento de qualidade quando procura o sistema de saúde.

O sistema de telefonia do HECAD contribuirá para a integração dos setores da Unidade, bem como para diminuição dos custos hospitalares, elevando o tempo útil de trabalho da equipe e favorecendo o registro e monitoramento.

Cabe ressaltar que tal facilidade no registro fortalece o controle e favorece a adesão à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), que trata sobre o tratamento de dados pessoais, dispostos em meio físico ou digital, feito por pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, englobando um amplo conjunto de operações que podem ocorrer em meios manuais ou digitais.

4. Internet

A falta de conectividade é, sem dúvida, uma das grandes ameaças ao sucesso das organizações. Por isso, é de extrema importância para uma unidade de saúde, como o HECAD, a sua sustentabilidade.

Assim, em conformidade com a estrutura de serviços, serão disponibilizados *links* de acessos dedicados e redundantes na Unidade, pois estes apresentam uma estruturação mais segura e com melhor qualidade de sinal, ideal para modelo de estruturação a ser utilizado pela Unidade.

5. Servidores

Com o modelo híbrido de estruturação de servidores (local e nuvem), os serviços concebidos para atender as necessidades de suporte/gerenciamento serão aplicados conforme necessidade e conveniência da Unidade.

Será ofertado um monitoramento inteligente, além de soluções para prover controles de acessos restritos, garantindo que o modelo de gestão seja eficiente no HECAD.

6. Definições SGH

O Sistema de Gestão Hospitalar - SGH é um software que otimiza o trabalho nas unidades de saúde gerenciadas pela Agir, integrando seus departamentos e atividades.

Esse sistema integra desde tarefas administrativas até aquelas assistenciais, utilizando o potencial da tecnologia da informação para facilitar as rotinas. Assim, em vez de coordenar a Unidade por setores, é possível ter uma percepção mais

abrangente, o que ajuda a identificar falhas, desperdício de recursos e de tempo, além de favorecer a digitalização.

O HECAD contará com um SGH integrado, permitindo aumentar a eficiência no controle de insumos, garantindo o mapeamento completo das informações, desde o local de início até o ciclo final de processamento.

6.1. BackOffice

O *backoffice* será responsável por cuidar de todos os processos de retaguarda administrativa do HECAD, garantindo a operacionalidade da Unidade como um todo.

Com uma gestão especializada no negócio, a solução de apoio controlará todas as informações administrativas, por meio da integração dos dados, recursos e processos, interoperando entre os módulos e convergindo para uma gestão mais segura no cumprimento de metas e nas tomadas de decisão.

7. Pontos de Integração SGH

Uma das soluções mais completas e assertivas são os pontos de interoperação modular oferecidos pela gestão integrada. Eles fazem com que todos os registros sejam utilizados por qualquer setor que perpassam. Uma vez registrado, o dado será trafegado de forma íntegra e sem riscos de falhas.

No HECAD, o sistema SGH propiciará o controle, de forma inteligente e eficaz, das diversas áreas como recepção, administração, finanças, logística e assistencial.

8. Recursos Humanos

A Agir atuará no sentido de prover equipe de tecnologia da informação qualificada e não limitada a apenas cuidar de equipamentos. Será instituída uma equipe capaz de buscar melhoria contínua nos processos da Unidade e oferecer um alto nível de utilização dos recursos tecnológicos, com humanização e sustentabilidade.

1.1.2.5. Proposta para Regimento do Corpo Clínico

REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

O Regimento Interno do Corpo Clínico, objetiva disciplinar normas de relacionamento ético, técnico, científico e administrativo direcionadas a todos os

médicos que forem utilizar as instalações do HECAD no exercício de suas atividades profissionais, de acordo a Resolução CFM nº 1.481/1997.

CAPÍTULO I

CONCEITUAÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º Corpo Clínico é o conjunto de Médicos responsáveis por prestar atendimento aos usuários que procuram o estabelecimento de saúde, respeitadas as normas administrativas do HECAD e as diretrizes da Unidade.

Parágrafo único – O Corpo Clínico, juntamente com o Corpo Técnico e Administrativo, agirá com zelo e obediência às normas legais e regimentais.

Art. 2º O Regimento Interno do Corpo Clínico do HECAD tem por objetivo disciplinar a composição, as ações, as relações, a avaliação e a atuação dos Médicos no desempenho de suas atividades profissionais, isolada ou conjuntamente, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações da Resolução CFM nº 1.481/1997 ou outra que vier a substituí-la, sem prejuízo da aplicação de outras normas internas ou externas.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º O Corpo Clínico do HECAD será composto por Médicos legalmente habilitados.

§ 1º Os integrantes do Corpo Clínico gozarão de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural para o exercício de suas funções, cabendo a eles a execução de todos os atos necessários ao cumprimento das diretrizes do HECAD.

§ 2º Os profissionais do Corpo Clínico estarão sujeitos às responsabilidades éticas e legais em face do exercício de suas funções.

Art. 4º O Corpo Clínico será composto por todos os Médicos que atuarem no HECAD, sendo classificados nas seguintes categorias:

I. Médicos Contratados: aqueles que desenvolvem suas atividades mediante contrato específico de trabalho, podendo ser estatutário, celetista, prestador de serviço, contrato temporário ou outro autorizado pelas leis vigentes.

II. Médicos Convidados: aqueles que desenvolvem suas atividades de forma esporádica ou ocasional, sem remuneração, a convite dos Médicos Contratados, com a anuência do Diretor Técnico da Unidade.

III. Estagiários/Residentes: aqueles que desenvolvem atividades de Ensino, por meio da prática, desde que devidamente matriculados e frequentando curso de pós-graduação *lato sensu* ou *stricto sensu*, ou outra atividade acadêmica de interesse do HECAD, mediante documentação comprobatória pertinente, em conformidade com as orientações do Centro de Ensino e Desenvolvimento da Agir - CED/Agir.

Art. 5º Para ingresso no Corpo Clínico do HECAD o Médico deverá estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina de Goiás - CRM/GO e em dia com suas obrigações, apresentando a documentação competente.

Parágrafo único – É de responsabilidade da Diretoria Técnica do HECAD estabelecer os documentos necessários para instruir o processo de ingresso do profissional Médico no Corpo Clínico, de acordo com a categoria e em observância às normas regulamentares e legislação aplicável à espécie.

CAPÍTULO III

DA DIRETORIA CLÍNICA

Art. 6º A Diretoria Clínica é o órgão de coordenação do Corpo Clínico, exercida pelo Diretor Clínico, eleito na forma deste Regimento.

Art. 7º O Diretor Clínico será eleito para mandato de 2 (dois) anos.

Parágrafo único – O Diretor Clínico será eleito, de forma direta e secreta, pelos membros do Corpo Clínico, em Assembleia convocada para esse fim.

Art. 8º Ao Diretor Clínico do HECAD compete:

- I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico da Unidade;
- II. Zelar pelo fiel cumprimento do presente Regimento Interno;
- III. Responder no que couber, perante o CRM/GO, pelo não cumprimento dos princípios éticos, sem prejuízo da apuração penal e cível;
- IV. Contribuir para o bom desempenho profissional dos Médicos da Unidade;
- V. Fiscalizar as condições de trabalho dos Médicos da Unidade com o objetivo de garantir o melhor atendimento aos usuários do HECAD;

- VI. Estimular a pesquisa médica na Unidade;
- VII. Cooperar com a administração do HECAD;
- VIII. Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- IX. Executar e fazer executar as orientações emanadas da Assembleia quanto aos assuntos médicos;
- X. Presidir as Assembleias do Corpo Clínico do HECAD.

§ 1º Em caso de afastamento ou substituição do Diretor Clínico, o profissional que deixar o cargo deverá comunicar o fato ao CRM/GO, por escrito.

§ 2º A substituição do Diretor Clínico deverá ser imediata, sendo obrigação do Médico que assumir o cargo notificar o fato ao CRM/GO.

Art. 9º Será limitado o exercício acumulado do cargo de Diretor Clínico em, no máximo, 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, sejam elas públicas ou privadas, filiais, sucursais ou subsidiárias.

CAPÍTULO IV

DA ASSEMBLEIA

Art. 10º A Assembleia é o órgão máximo de deliberação do Corpo Clínico.

Art. 11º À Assembleia compete:

- I. Eleger o Diretor Clínico;
- II. Indicar o substituto eventual do Diretor Clínico, nos casos de afastamento por férias, licença médica ou outras de caráter provisório;
- III. Instituir Comissões e Comitês;
- IV. Investir nos cargos os Membros da Comissão de Ética Médica;
- V. Alterar os termos do presente Regimento.

Art. 12º Os Membros do Corpo Clínico se reunirão em Assembleia anualmente, de forma ordinária, e sempre que convocados, extraordinariamente.

§ 1º A Assembleia será convocada por edital publicado nos quadros de avisos da Unidade, de amplo acesso aos Membros do Corpo Clínico, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, mencionando dia, hora, local e pauta da reunião.

§ 2º A Assembleia deliberará em primeira convocação com 2/3 de seus Membros, cuja fração será arredondada para o número inteiro imediatamente superior e, em segunda convocação, 1 (uma) hora depois, com qualquer número, decidindo sempre por maioria simples de votos.

§ 3º Para as deliberações acerca da alteração deste Regimento Interno ou exclusão de Membros será exigido 2/3 dos votos concordes, cuja fração será arredondada para o número inteiro imediatamente superior.

§ 4º A Assembleia extraordinária poderá ser convocada a qualquer tempo pelo Diretor Clínico, pelo Diretor Técnico ou por 1/3 dos Membros do Corpo Clínico, cuja fração será arredondada para o número inteiro imediatamente superior, mediante requerimento dirigido ao Diretor Clínico, com a exposição do motivo, com, no mínimo, 24 horas de antecedência.

§ 5º Será vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 13º As atividades dos Médicos do Corpo Clínico serão organizadas nos seguintes serviços:

I. Ambulatório de especialidades médicas (alergia/imunologia, cardiologia clínica, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, dermatologia, endocrinologia, gastrologia/hepatologia, genética, ginecologia (infanto-puberal), hematologia, homeopatia, infectologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, nutrologia, oftalmologia, oncologia pediátrica, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pneumologia, psiquiatria, reumatologia e urologia);

II. Enfermaria pediátrica (clínica e cirúrgica);

III. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica;

IV. Centro Cirúrgico;

V. Urgência e Emergência;

VI. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT.

§ 1º Os serviços se organizarão conforme regimento próprio.

§ 2º Cada serviço terá um representante com as seguintes atribuições:

- a) Organizar e supervisionar tecnicamente o serviço, garantido a assistência de qualidade ao usuário;
- b) Elaborar as diretrizes de orientação dos procedimentos médicos para o serviço;
- c) Identificar as situações de não conformidade e propor as soluções técnicas, registrando sua ocorrência e comunicando ao Diretor Clínico;
- d) Realizar outras atividades correlatas.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DOS DEVERES

Art. 14º São direitos dos Membros do Corpo Clínico:

- I. Exercer autonomia profissional;
- II. Participar dos procedimentos de admissão e exclusão de Membros, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- III. Ter acesso à Instituição e seus serviços;
- IV. Participar das Assembleias e Reuniões;
- V. Votar e, conforme o caso, ser votado;
- VI. Solicitar recurso ao CRM/GO, nos casos em que se julgar prejudicado por decisões de qualquer natureza;
- VII. Participar de Conselhos, Comissões, Comitês ou Grupos de Trabalho, cujo objetivo tenha relevância para a prestação de serviço médico.

Art. 15º São deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

- I. Comunicar falhas observadas na assistência aos pacientes no HECAD e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento desta;
- II. Obedecer ao Código de Ética Médica e às demais normatizações do exercício da profissão;
- III. Assistir os pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;

- V. Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário;
- VI. Cumprir as normas técnicas e administrativas do HECAD;
- VII. Evoluir o prontuário dos pacientes com registros indispensáveis;
- VIII. Colaborar com as Comissões específicas.

CAPÍTULO VII

DAS PENALIDADES

Art. 16º A transgressão aos preceitos do presente Regimento ou das normas subsidiárias que o norteiam, cometida por Membros do Corpo Clínico, sujeitará o infrator às seguintes penas disciplinares:

- a) Advertência escrita, reservada.
- b) Suspensão.
- c) Exclusão.

§ 1º Comprovada a transgressão, o Diretor Clínico comunicará o fato ao Diretor Técnico, que decidirá pela aplicação da penalidade.

§ 2º A aplicação da pena de exclusão deverá ser precedida de apuração da falta, respeitando-se o direito ao contraditório e a ampla defesa.

§ 3º Durante a apuração da falta, o Médico poderá ser afastado das suas atividades, a critério da Comissão designada para esse fim, ouvido o Diretor Técnico.

§ 4º A decisão pela exclusão deverá ser homologada pelo Corpo Clínico em Assembleia.

CAPÍTULO VIII

DO DIRETOR TÉCNICO

Art. 17º O Diretor Técnico é um profissional Médico de livre escolha e nomeação do Diretor Geral do HECAD, com as seguintes atribuições:

- I. Zelar pela manutenção da boa ordem, asseio e disciplina, no que se relacione a prestação de serviço médico;
- II. Assegurar o cumprimento das orientações administrativas emanadas na Diretoria;

- III. Representar o HECAD em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando assim exigir a legislação em vigor;
- IV. Cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares em vigor;
- V. Assegurar os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico;
- VI. Garantir o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;
- VII. Portar-se com urbanidade no relacionamento com a Diretoria Clínica e Membros do Corpo Clínico do HECAD;
- VIII. Responder, perante o CFM, CRM/GO, SUS, Vigilância Sanitária e outros órgãos da Administração Pública, pelos serviços de saúde prestados e pela atuação ética e profissional, naquilo que a legislação lhe impuser.

CAPÍTULO IX

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18º O presente Regimento Interno poderá ser modificado, no todo ou em parte, mediante proposta analisada e aprovada pela Assembleia do Corpo Clínico do HECAD.

Art. 19º Os casos omissos deste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor Clínico e pelo Diretor Técnico, que deliberarão em conjunto.

Art. 20º Segundo princípios da hierarquia de normas, aplica-se, subsidiariamente a este Regimento Interno, no que couberem, as disposições da Resolução CFM nº 1.481/1997 ou outra que vier substituí-la e demais normas aplicáveis.

Art. 21º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da aprovação.

1.1.3. IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

1.1.3.1. Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Manual de Protocolos Assistenciais

As boas práticas são um conjunto de ações desdobradas pelas organizações e aplicada pelas instituições de saúde no sentido de assegurar a qualidade técnica assistencial e entrega de valor aos usuários.

O Manual de Protocolos Assistenciais será uma das referências estratégicas para manter a excelência na assistência, humanização no atendimento, ambiência adequada e pertencimento dos usuários no serviço de saúde, atributos estes que indicam os esforços da Agir em direção à excelência nos cuidados que serão prestados pelo HECAD.

O modelo de assistência proposto terá por princípio básico a universalidade e integralidade do SUS e a Política de Humanização, doutrinando quanto à prestação dos cuidados hospitalares, correspondendo à qualificação na assistência de média e alta complexidade, contemplando e provendo suporte para as especialidades: Alergia/imunologia, Cardiologia clínica, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastrologia/ Hepatologia, Genética, Ginecologia (infanto-puberal), Hematologia, Homeopatia, Infectologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrologia, Oftalmologia, Oncologia pediátrica, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia.

As rotinas a serem implementadas compõem-se de um conjunto de protocolos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e proporcionando segurança ao paciente. Assim, ressalta-se que todos os protocolos assistenciais serão precedidos pelos protocolos de segurança do paciente, sendo importante reforçar que, dependendo da situação e da necessidade, outros protocolos poderão ser aplicados.

Tais protocolos serão descritos em documentos específicos, disponibilizados por meio do Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ da Unidade, pautados em metodologia de processos e no perfil de assistência prestada ao paciente.

O manual está fundamentado em diretrizes de órgãos internacionais conceituados pela ciência, pelas diretrizes do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Conselhos Profissionais, dentre outros órgãos, buscando os melhores níveis de evidência científica para nortear e padronizar os procedimentos a serem realizados pelos profissionais de saúde do HECAD.

1. PROTOCOLO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1.1. OBJETIVO

Interromper a cadeia de transmissão de agentes infecciosos nos serviços de assistência, oferecendo segurança aos profissionais e usuários do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD.

1.2. DIRETRIZ

Com o propósito de diminuir o risco de contaminação dos profissionais da área da saúde por diversos patógenos potencialmente infecciosos, o *Centers for Disease Control and Prevention - CDC* elaborou recomendações para serem aplicadas durante o exercício das atividades laborais.

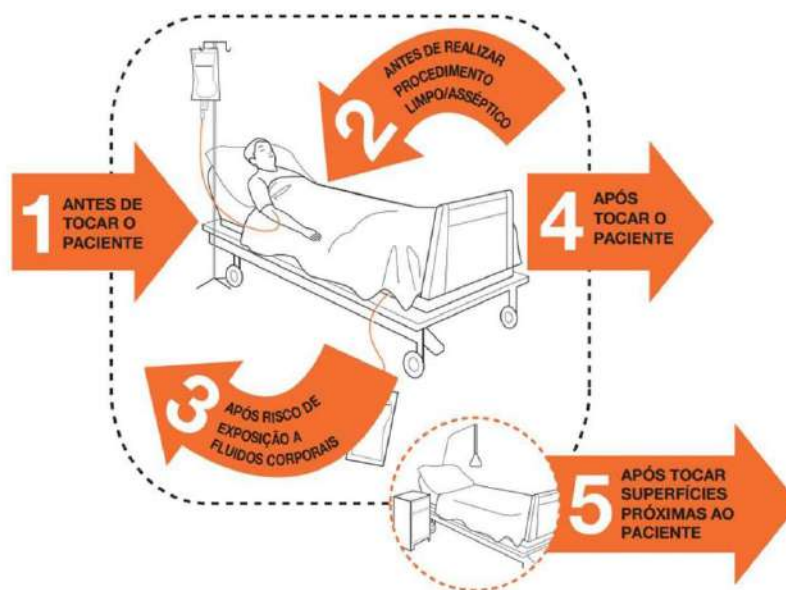
Essas recomendações consistem em um conjunto de ações que devem ser seguidas e adotadas para todos os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções.

As mãos são consideradas as principais ferramentas dos profissionais que atuam nos estabelecimentos assistenciais de saúde, pois é por meio delas que executam suas atividades. Mas, é também por meio delas que os profissionais de saúde podem transmitir para seus clientes, microrganismos potencialmente infecciosos.

Assim, a higienização das mãos é uma prática indispensável, sendo uma medida simples e menos dispendiosa para a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - IRAS, visando à segurança do paciente, dos profissionais e de todos aqueles envolvidos no cuidado.

A Organização Mundial da Saúde - OMS propôs indicadores para direcionar os momentos indispensáveis para a adesão à higienização das mãos nas práticas em saúde, que ficaram estabelecidos como Cinco Momentos, a saber:

Figura 71 – Os cinco momentos para higienização das mãos.



Fonte: *World Health Organization*, 2009.

Para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos, 3 (três) elementos são essenciais: (1) agente tópico com eficácia antimicrobiana; (2) procedimento adequado ao utilizá-lo, com técnica adequada e no tempo preconizado; e, (3) adesão regular no seu uso nos momentos indicados.

As mãos dos profissionais que atuam nos serviços de saúde podem ser higienizadas utilizando-se água e sabão, preparação alcoólica e antisséptico.

O sabão não contém agentes antimicrobianos ou os contém em baixas concentrações, favorecendo a remoção de sujidades visíveis, substâncias orgânicas e da microbiota transitória das mãos pela ação mecânica, tornando-as limpas.

Os agentes antissépticos utilizados para higienização das mãos devem ter ação antimicrobiana imediata e efeito residual ou persistente. Não devem ser tóxicos, alergênicos ou irritantes para pele. A tabela abaixo traz os agentes antissépticos e suas características:

Quadro 4 – Espectro antimicrobiano e características de agentes anti-sépticos utilizados para higienização das mãos.

Grupo	Bactérias Gram-positivas	Bactérias Gram-negativas	Micobactérias	Fungos	Vírus	Velocidade de ação	Comentários
Álcoois	+++	+++	+++	+++	+++	Rápida	Concentração ótima: 70%; não apresenta efeito residual.
Clorexidina (2% ou 4%)	+++	++	+	+	+++	Intermediária	Apresenta efeito residual; raras reações alérgicas.
Compostos de iodo	+++	+++	+++	++	+++	Intermediária	Causa queimaduras na pele; irritantes quando usados na higienização anti-séptica das mãos.
Iodóforos	+++	+++	+	++	++	Intermediária	Irritação da pele menor que a de compostos de iodo; apresenta efeito residual; aceitabilidade variável.
Triclosan	+++	++	+	-	+++	Intermediária	Aceitabilidade variável para as mãos.

+++ excelente
 ++ bom
 + regular
 - nenhuma ou insuficiente atividade antimicrobiana.

Fonte: CDC - *Centers for disease control and prevention*.

Para eficácia da higienização das mãos, o HECAD fornecerá os equipamentos e insumos necessários para a prática, respeitando as normas preconizadas pela RDC nº 50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Segundo o Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA para que a higienização das mãos seja eficaz, deve-se seguir uma técnica padronizada precedida da retirada de adornos.

Indicação do uso de água e sabão

A higienização simples das mãos com água e sabão serve para remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos. A técnica para a higiene simples das mãos contém as seguintes etapas:

- 1) Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;
- 2) Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- 3) Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
- 4) Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- 5) Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- 6) Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem, e vice-versa;
- 7) Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;
- 8) Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- 9) Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa;
- 10) Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete, evitando contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- 11) Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Figura 72 - Como higienizar as mãos com água e sabonete.



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Indicação do uso de preparações alcoólicas


A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos tem como finalidade reduzir a carga microbiana e pode substituir a higienização com água e sabão apenas quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Descreve-se, abaixo, a técnica correta para a higienização com esse tipo de preparação:

Figura 73 - Como fazer a fricção anti-séptica das mãos com preparação alcoólicas.

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!

 Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

1.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 01: Protocolo Para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2013.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005 – Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho e Serviços de Saúde). Brasília, 2005.

Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings. MMWR Recomm Rep [Internet]. 1987. Vol. 36 (Suppl 2).

Siegel, J.D; Rhinehart, E.; Jackson, M.; Chiarello, L. Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. Am J Infect Control. 2007, vol. 35 (10 Suppl 2): S65-164.

World Health Organization – WHO. Guidelines on hand hygiene in health care: a summary. Geneva. 2009. 64 p.

2. PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

2.1. OBJETIVO

Garantir a identificação correta do paciente do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, a fim de minimizar a ocorrência de incidentes/eventos adversos e assegurar ao paciente o tratamento ou procedimento que a ele é destinado, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

2.2. DIRETRIZ

O Protocolo de Identificação do Paciente deverá ser aplicado em todos os ambientes onde se prestam cuidados de saúde no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD.

A identificação dos pacientes deverá ser realizada pelo recepcionista no ato da admissão na Unidade, seja na emergência, ambulatório ou unidades de internação, pela pulseira branca padronizada com 4 (quatro) descritores do paciente:

- Nome completo;
- Data de nascimento;

- Nome da mãe e;
- Número do prontuário.

O profissional de saúde deverá confirmar, obrigatoriamente, 2 (dois) desses identificadores previamente à realização de qualquer procedimento voltado à assistência, garantindo que o paciente correto receba o cuidado adequado.

A instalação da pulseira deverá ser realizada no membro superior esquerdo, e deverá permanecer durante todo o tempo em que o paciente estiver submetido ao cuidado na Instituição.

Na impossibilidade de instalar a pulseira no membro superior esquerdo (contra-indicação, comprometimento do membro) o profissional deverá optar por colocar no membro superior direito, seguido pelo membro inferior esquerdo (tornozelo) ou direito, respectivamente.

Nos casos de pacientes pediátricos de 0 a 28 dias, a pulseira deverá ser colocada no tornozelo esquerdo como via de primeira opção.

Para pacientes considerados grandes queimados com todos os membros enfaixados, a identificação deverá ser realizada por meio de placa de identificação no leito e fixação da pulseira na cabeceira da cama. Em casos de transferência de setor, o documento de identificação deverá ser disponibilizado e anexado na maca de transporte, em local visível.

Deverá ser promovido um rodízio dos membros com a pulseira, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.

A equipe de enfermagem deverá realizar a impressão de nova pulseira quando houver necessidade de substituição devido a danificação do artigo, perda, dados incorretos ou ilegíveis, cirurgias no membro identificado e outros.

Sempre que houver identificação de acessos, rótulos de medicações, bolsas de sangue e amostras de exame, deve-se atentar para o preenchimento dos identificadores padronizados em pulseira de identificação.

2.2.1. Pacientes homônimos

Preferencialmente, pacientes homônimos não deverão permanecer na mesma enfermaria, sendo realizada a troca de leito na primeira oportunidade.

Caso não seja possível a realocação dos pacientes, a equipe de enfermagem deverá assegurar que eles não fiquem sobre cuidado do mesmo profissional.

Também, deve-se realizar, impreterivelmente, as confirmações dos descritores - nome completo, data de nascimento e prontuário - antes da realização de procedimentos, cuidados e medicações.

2.2.2. Pacientes não identificados

Nos casos de pacientes não identificados onde o responsável legal não possui o documento de registro oficial, o nome deverá ser preenchido por NID e o número sequencial ao atendimento realizado, por exemplo: NID mil quatrocentos e cinquenta. Os dados de Data de Nascimento deverão ser colocados de acordo com o informado pelo acompanhante.

Na ausência do registro oficial de identificação, a Recepção deverá acionar o Serviço Social, que procederá com as condutas pertinentes. O Serviço Social auxiliará, também, nos casos em que os pacientes necessitem de insumos/equipamentos, encaminhamento ao SADT, transferências e/ou procedimentos externos que necessitem da identificação do paciente para protocolo, fluxos e continuidade do tratamento de forma qualificada e segura.

2.2.3. Possível familiar/conhecido em busca ativa de paciente

Em casos de indivíduos que buscarem a Unidade para localização ou identificação de possível paciente, o setor de Serviço Social e/ou Psicologia deverá verificar as informações e características físicas do indivíduo, em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Caso necessário, as informações sobre data, horário ou outras que possam auxiliar na identificação do indivíduo, deverão ser buscadas junto à Recepção de Emergência.

Em caso de informações equivalentes, os possíveis familiares/conhecidos serão conduzidos ao paciente/leito para reconhecimento e, em caso afirmativo, será solicitado documento pessoal com foto do paciente para atualização do cadastro. O paciente permanecerá como NID até que os documentos sejam disponibilizados.

2.2.4. Educar o paciente/ acompanhante/ familiar/ cuidador

Considerando a importância do envolvimento do paciente e familiar no processo de identificação, fica sob a responsabilidade da equipe multidisciplinar no momento da admissão, promover orientações ao paciente (se possível) e familiar, deixando claro o propósito dos 4 (quatro) dados identificadores da pulseira e a necessidade de reconfirmação obrigatória por parte dos profissionais de 2 (dois) desses dados antes da realização de qualquer procedimento na Unidade. Tal orientação transmitirá segurança e instituirá a corresponsabilidade na execução dos procedimentos.

Indispensavelmente, deverá ser solicitado que o paciente (quando possível) ou o acompanhante realize a identificação para a confirmação dos dados, antes de quaisquer procedimentos - administração de medicamentos, dieta, transferência para outras unidades ou setor, realização de procedimentos invasivos, cirurgia, administração de sangue, hemoderivados, encaminhamento para exames diagnósticos e outros procedimentos terapêuticos.

Esse envolvimento deverá ser realizado a fim de reforçar o compromisso da Instituição com a cultura de segurança, por meio do estímulo à participação do paciente e/ou acompanhante.

2.2.5. Orientações

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência na Unidade, a fim de manter a sua segurança.

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, ele deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

Seguem algumas orientações aos profissionais do HECAD:

- a) Sempre peça ao paciente ou acompanhante que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento;
- b) Sempre verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo;
- c) Cheque se a impressão ou registro encontra-se legível na pulseira, lembrando que esta deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;

- d) Nunca pergunte ao paciente “você é o Heitor?” ou ao acompanhante “essa é a Júlia?” porque o paciente ou o acompanhante poderão não compreender e concordar, por engano;
- e) Nunca suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

2.2.6. Estratégias de monitoramento de indicadores

Todos os incidentes envolvendo identificação incorreta do paciente devem ser notificados aos gestores responsáveis pelo serviço envolvido, bem como ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP, que será responsável por monitorar a implementação das recomendações geradas pelas investigações.

2.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do paciente. 2013.
Consórcio Brasileiro De Acreditação; Joint Commission International. Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais. 4ª ed. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: CBA, 2011.

3. PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

3.1. OBJETIVO

Padronizar os processos de prescrição, uso e administração de medicamentos, garantindo segurança na cadeia medicamentosa no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

3.2. DIRETRIZ

A cadeia medicamentosa é uma sistemática complexa na qual as várias etapas envolvem diversos profissionais da equipe multidisciplinar (médicos, farmacêuticos, profissionais da equipe de enfermagem, entre outros).

Diante da possibilidade de prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, torna-se relevante identificar a natureza e determinantes dos erros.

As falhas no processo de utilização de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados são consideradas importantes fatores contribuintes para a minimização de ações que interferem na qualidade assistencial e redução da segurança do paciente.

Os erros de medicação são definidos como eventos evitáveis, ocorridos em qualquer fase da terapia medicamentosa, que pode ou não causar danos ao paciente. Por isso, faz-se importante pensar no processo como uma cadeia, em que cada o participante tem um papel importante e com impacto nos próximos processos.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos, minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos/hemocomponentes/hemoderivados, desenvolvendo padrões internos e de treinamento, reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Estima-se que a probabilidade de ocorrência de erros com potencial para causar danos seja 3 (três) vezes maior em crianças hospitalizadas, quando comparadas aos pacientes adultos.

A ocorrência do erro de medicação em crianças advém da necessidade do cálculo individualizado da dose, baseada na idade, peso e superfície corpórea da criança, envolvendo múltiplas operações matemáticas em várias fases do processo de medicação (prescrição, dispensação, preparo, administração e monitorização).

O processo de medicação de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados é realizado por equipe interdependente, colaborativa e interprofissional, portanto este Protocolo pretende atuar como articulador e incentivador das demais instâncias da Unidade que gerenciam riscos e ações de qualidade, promovendo complementaridade e sinergias neste âmbito.

3.2.1. Práticas seguras para prescrição de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados

Este item do Protocolo traz orientações para práticas para prescrição de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados de forma segura, devendo estas serem rigorosamente observadas pelos profissionais que atuam no HECAD:

- a) Identificar quais medicamentos o paciente estava fazendo uso antes da admissão, objetivando avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso deles (conciliação medicamentosa);
- b) Relatar alergias na evolução e no campo específico no prontuário do paciente;
- c) Registrar na prescrição qualquer informação que considere ser relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando os múltiplos atores no processo assistencial;
- d) Prescrever medicamentos utilizando a denominação comum brasileira e, em sua ausência, a denominação comum internacional;
- e) Prescrever, verbalmente, apenas em emergências;
- f) Quanto à prescrição de SOS, obrigatoriamente, definir: dose, posologia, dose máxima diária e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento;
- g) Conferir a posologia/dose prescrita antes da assinatura da prescrição, realizando os cálculos e medidas com exatidão;
- h) Prescrever a diluição/velocidade de infusão de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados injetáveis. Caso não sejam informados, serão utilizadas as recomendações do manual institucional como referência;
- i) Prescrever, na alta hospitalar do paciente, todos os medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados que farão uso domiciliar e fornecer as orientações necessárias à continuidade do tratamento;
- j) Realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, com foco na segurança do uso de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados e participar de grupos de estudo com outros profissionais da Unidade;
- k) Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados.

3.2.2. Práticas seguras para dispensação de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados

Este item do Protocolo traz orientações para práticas para dispensação de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados de forma segura, devendo estas serem rigorosamente observadas pelos profissionais que atuam no HECAD:

- a) Manter atualizada e divulgar lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na Unidade;
- b) Manter estrutura organizada e processos de trabalho escritos e difundidos, que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação;
- c) Propiciar segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos;
- d) Individualizar um medicamento de cada vez, evitando trocas/misturas;
- e) Padronizar o armazenamento adequado e a identificação completa e clara de todos os medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados utilizados na Instituição;
- f) Acessar informações científicas atualizadas e relevantes e as disponibilizar para todos os profissionais da equipe, incluindo guias de prevenção de incompatibilidades entre fármacos e soluções e de diluição de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados;
- g) Possuir procedimentos operacionais atualizados, que definam regras para o armazenamento, descrevendo critérios de ordenação que privilegiem a segurança do processo de dispensação;
- h) Manter o ambiente de dispensação organizado, assegurando suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados devidamente separados por prescrição e por paciente, até a sua dispensação;
- i) Realizar a análise farmacêutica das prescrições;
- j) Entrar em contato com o médico, em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações e precauções de uso;

- k) Disponibilizar, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose individual) e que dispensem a manipulação prévia à administração;
- l) Realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, com foco na segurança do uso de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados e participar de grupos de estudo com outros profissionais da Unidade;
- m) Realizar cálculos e medidas das doses com exatidão no caso de fracionamentos, observando a aplicação dos fatores de conversão, correção e equivalência, quando aplicável;
- n) Realizar a conferência final da prescrição com o resultado da dispensação, utilizando, sempre que possível, o auxílio de dispositivos eletrônicos, tais como código de barras;
- o) Implantar a dupla checagem das doses prescritas, principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/ alta vigilância;
- p) Supervisionar o controle da temperatura da geladeira de acondicionamento de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados, observando o parâmetro mínimo e máximo de temperatura;
- q) Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados.

3.2.3. Práticas seguras para administração de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados

Este item do Protocolo traz orientações para práticas para administração de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados de forma segura, devendo estas serem rigorosamente observadas pelos profissionais que atuam no HECAD:

- a) Estabelecer procedimentos padrões para administração de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados, para verificação das prescrições na passagem de plantão e quanto aos cuidados para que não haja a administração de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados suspensos pelo médico;
- b) Melhorar a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados

por meio da conferência dos 9 (nove) certos para administração de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados (Paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, documentação certa, orientação certa, forma certa e resposta certa);

- c) Realizar cálculos e medida das doses com exatidão, no caso de fracionamentos;
- d) Entrar em contato com o médico, em caso de dúvidas sobre o nome do medicamento, posologia, indicações, contraindicações e precauções de uso;
- e) Organizar local adequado para o preparo de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados, sem fontes de distração e que permita ao profissional concentrar-se na atividade que está realizando, sem interrupções;
- f) Levar ao local de administração, no horário de administração do medicamento, apenas o que está prescrito ao paciente específico, não fazendo uso de bandeja contendo diversos medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados para diferentes pacientes;
- g) Utilizar materiais e técnicas estéreis para administrar medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados por via endovenosa e para outras vias que exijam tal tipo de técnica;
- h) Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante para procedimento diferente;
- i) Identificar corretamente os frascos de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento e nome do responsável pelo preparo);
- j) Realizar dupla checagem para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos;
- k) Administrar os medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados com a diluição e infusão recomendada pelo fabricante, em caso de não haver recomendação específica do médico;
- l) Sempre comunicar ao paciente qual é o medicamento que está sendo administrado, bem como qual a sua ação e posologia;

- m) Interromper transfusões em caso de reações transfusionais imediatas, acionando a Unidade de Coleta e Transfusão – UCT da Unidade;
- n) Imediatamente após a administração do medicamento, registrar a ação;
- o) Relatar e registrar a omissão de dose adequadamente, se houver;
- p) Devolver as sobras de medicamentos não administrados para a Farmácia;
- q) Encaminhar o prontuário atualizado e organizado juntamente do *kit* de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados na transferência do paciente entre leitos do HECAD e entre o HECAD e outras instituições distintas, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente, evitando omissão ou duplicidade de dose;
- r) Realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, com foco na segurança do uso de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados e participar de grupos de estudo com outros profissionais na Unidade;
- s) Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos/ hemocomponentes/ hemoderivados.

3.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Anexo 03: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Ferreira, M.A. DIS 016 SUFAR. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Kaushal, R.; Bates, D.W.; Landrigan, C.; McKenna, K.J.; Clapp, M.D.; Frederico F. et al. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients. JAMA. 2001; 285 (16): 2114-20.

Kozer, E.; Scolnik, D.; Macpherson, A.; Keays, T.; Shi, K.; Luk, T. et al. Variables Associated With Medication Errors in Pediatric Emergency Medicine. Pediatrics. 2002; 110(4):737-42.

Rowe, C.; koren, T.; koren, G. Errors by paediatric residents in calculating drug doses. Arch Dis Child. 1998; 79:56-8.

Sullivan, J.E.; Buchino, J.J. Medication Errors in Pediatrics – The Octopus Evading Defeat. J Surg Oncol. 2004; 88:182-8.

World Health Organization - WHO. World Alliance for Patient Safety: Forward programme 2006–2007. Geneva.

4. PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

4.1. OBJETIVO

Determinar as medidas a serem implantadas no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD para reduzir a ocorrência de incidente e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, possibilitando o aumento da segurança na realização de procedimentos cirúrgicos.

4.2. DIRETRIZ

Nas últimas décadas, as técnicas cirúrgicas foram bastante aperfeiçoadas, aumentando as oportunidades de tratamento de patologias complexas. No entanto, esses avanços também aumentaram de modo expressivo o potencial de ocorrência de erros, que podem resultar em dano para o paciente e levar à incapacidade ou à morte.

Existem evidências de que a Lista de Verificação de Cirurgia Segura reduz complicações e salva vidas. Estudo realizado em 8 (oito) países encontrou uma redução de 11% para 7% da ocorrência de complicações em pacientes cirúrgicos e uma diminuição de mortalidade de 1,5% para 0,8% com a adoção da lista de

verificação. Um estudo holandês, por sua vez, mostrou uma queda nas complicações entre pacientes cirúrgicos de 15,4% para 10,6% e da mortalidade de 1,5% para 0,8%.

O Protocolo para Cirurgia Segura deverá ser aplicado no HECAD em todos os locais em que sejam realizados procedimentos - quer terapêuticos, quer diagnósticos - que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópicos, dentro ou fora de centro cirúrgico, por qualquer profissional de saúde da Unidade.

Em caso de Emergências, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE não será obrigatório como barreira, no momento da admissão no setor. Em caso de impossibilidade de realização em tempo hábil, deverá ser realizado registro no prontuário do paciente, justificando a emergência do procedimento.

4.2.1. Definições

4.2.1.2. Lista de Verificação

Lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.

4.2.1.3. Demarcação de Lateralidade

Demarcação de local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda) e estruturas múltiplas (por exemplo, dedos das mãos e dos pés, costelas etc.).

4.2.1.4. Condutor da Lista de Verificação

Profissional de saúde que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da Lista de Verificação, de acordo com diretrizes da Unidade.

4.2.1.5. Segurança Anestésica

Conjunto de ações realizadas pelo Médico Anestesiologista que visa à redução da insegurança anestésica por meio da inspeção formal do equipamento anestésico, da checagem dos medicamentos e do risco anestésico do paciente antes da realização de cada cirurgia. Este procedimento deve seguir as orientações contidas

no Manual para Cirurgia Segura da OMS, traduzido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

4.2.1.6. Equipe cirúrgica

Equipe composta por Médicos Cirurgiões, Anestesiologista, profissionais de Enfermagem e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

4.2.2. Intervenção

Muitos fatores concorrem para que um procedimento cirúrgico seja realizado de forma segura: profissionais capacitados, ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conformidade com a legislação vigente, entre outros. Entretanto, este Protocolo trata, especificamente, da utilização sistemática da Lista de Verificação de Cirurgia Segura como uma estratégia para reduzir o risco de incidentes cirúrgicos.

No HECAD, o roteiro utilizado para essa verificação inclui documento eletrônico no prontuário do paciente, que abrange as 4 (quatro) etapas, correspondendo a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico:

- (1) admissão do paciente;
- (2) antes da indução anestésica;
- (3) antes da incisão cirúrgica; e,
- (4) antes da saída do paciente da sala cirúrgica.

Para a utilização da Lista de Verificação de Cirurgia Segura uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Em cada fase, o condutor da Lista deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

4.2.2.1. Preparo do paciente para o centro cirúrgico/admissão

A equipe de Enfermagem do local de origem do paciente deverá preparar o paciente para a cirurgia e conferir a identificação deste, a assinatura dos termos de consentimento, a retirada de próteses e adornos, o jejum, os exames disponíveis, a

demarcação da lateralidade (quando aplicável) e o banho. Na admissão no centro cirúrgico, todos os dados deverão ser confirmados.

4.2.2.2. Antes da indução anestésica

O condutor da Lista de Verificação deverá:

- 1) Revisar, verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação tenha sido confirmada;
- 2) Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos;
- 3) Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia;
- 4) Confirmar, visualmente, o sítio cirúrgico correto e sua demarcação;
- 5) Confirmar a conexão de um monitor multi parâmetro ao paciente e seu funcionamento;
- 6) Revisar com o Médico Anestesiologista, verbalmente, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída.

4.2.2.3. Antes da incisão cirúrgica

Neste momento, a equipe fará uma pausa, imediatamente antes da incisão cirúrgica, para realizar os seguintes passos:

- 1) A apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função;
- 2) A confirmação da realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto;
- 3) A revisão verbal, uns com os outros, dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia.
- 4) A confirmação da administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica.
- 5) A confirmação da acessibilidade dos exames de imagens necessários.

4.2.2.4. Antes do paciente sair da sala de cirurgia

A equipe deverá revisar, em conjunto, a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

- 1) A conclusão da contagem de compressas e instrumentais;
- 2) A identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida;
- 3) A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas;
- 4) A revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

4.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Cirurgia Segura. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

World Health Organization - WHO. Joint Commission Resources. Joint Commission International. PatientSafetySolutions. Solution 2: patientidentification [Internet]. Genebra; 2007.

World Health Organization - WHO. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

5. PROTOCOLO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA

5.1. OBJETIVO

Tornar a comunicação mais efetiva no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD e prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação entre a equipe, contribuindo para a segurança dos pacientes.

5.2. DIRETRIZ

A comunicação efetiva tem o objetivo de desenvolver, de forma colaborativa, uma política e/ou procedimentos para as prescrições verbais ou telefônicas e para informar resultados de exames e condições clínicas do paciente.

Como uma medida de segurança para garantir uma comunicação clara, precisa, completa e sem ambiguidades, recomenda-se ouvir e repetir para o interlocutor a informação/ ordem/ prescrição recebida.

É comum a ocorrência de falhas, incidentes e eventos adversos relacionados à comunicação ineficaz entre os profissionais da saúde, como por exemplo:

- a) Erros relacionados à suspensão de cirurgias, de procedimentos/exames e o tempo prolongado do jejum;
- b) Erros relacionados à cadeia medicamentosa (falhas de redação e interpretação da prescrição, dispensação e preparo dos medicamentos, uso de siglas, abreviaturas, entre outros);
- c) Erros relacionados à emissão das informações em situações críticas, tais como passagem de plantão, *morninghuddle* em Unidades de Terapia Intensiva - UTI, ferramentas para troca de equipes e transferências entre unidades, bem como ferramentas para formalização da comunicação entre equipes.

5.2.1. Transmissão/transferência de informações na transição do cuidado

Ocorre nas transferências entre os diversos setores do HECAD - ou seja, refere-se ao encaminhamento do paciente das internações para UTI ou Centro Cirúrgico, do Centro Cirúrgico para Internação ou UTI, da UTI para as Internações, da Emergência para Internações, UTI ou Centro Cirúrgico, do Ambulatório para Internação ou Centro Cirúrgico.

Nos setores de origem, a transmissão de informações deve ser realizada na Passagem de Plantão presencial, a cada troca de turno, para todas as categorias profissionais, com preenchimento obrigatório de instrumento específico para esse fim.

O instrumento citado acima deverá conter, no mínimo, o nome completo, data de nascimento, número do prontuário e estado atual do paciente, bem como os procedimentos realizados, intercorrências e pendências em seu atendimento.

Os registros deverão ser objetivos, consistentes e sem abreviações, sendo realizados de forma sistemática e em condições adequadas (ambientes organizados e livres de ruídos ou interrupções).

5.2.2. Transferências hospitalares

O Protocolo de Transferência Hospitalar e o Protocolo de Transferência Externa discorrem sobre as condutas a serem tomadas durante o transporte do paciente inter hospitalar. Ambos, deverão ser preenchidos e encaminhados com o paciente à unidade de destino.

5.2.3. Registro em prontuário

Um dos quesitos que mais impacta na segurança do paciente é o registro assertivo em prontuário, pois informações fidedignas são imprescindíveis para uma assistência segura.

Assim, faz-se necessário que os registros em prontuários sejam completos, atualizados, precisos, fidedignos, padronizados e com terminologia própria de cada profissão.

As unidades e categorias profissionais do HECAD possuem padrões mínimos de registros relacionados aos cuidados do paciente, e estes deverão estar disponíveis e serem compartilhados com as demais profissões e serviços.

5.2.4. Orientações de uso obrigatório

O profissional de saúde que atua no HECAD deverá atentar-se às orientações descritas nos itens abaixo:

- 1) Estratégias para comunicação não verbal:** Atentar para o uso de gestos, expressões visuais, imposição da voz e sinais paralinguísticos, pois são determinantes para uma boa relação.
- 2) Estratégias para comunicação assertiva:** Promover a comunicação direta, clara, aberta, sincera, objetiva, transparente, respeitosa e efetiva para a transmissão da informação e, principalmente, sem provocar constrangimentos às pessoas, atentando-se ao preconizado na Política de Comunicação da Agir.
- 3) Estratégias para a comunicação escrita:**

- a) Registrar todas as atividades assistenciais no Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP;
- b) Utilizar os recursos de comunicação visual/escrita para identificação do paciente (placa de identificação de leito);
- c) Manter os registros coesos e claros, evitando uso de siglas desconhecidas e abreviaturas não permitidas;
- d) Preencher os formulários institucionais padronizados para Passagem de Plantão, transferências, recebimento dos resultados críticos, visitas transdisciplinares, controle das unidades, relatórios, Formulário de Oportunidade de Melhoria - FOP (disponibilizado na *Intranet*), bem como outros formulários utilizados para composição do PEP.

5.2.5. Ferramenta SBAR

O SBAR é um modelo de comunicação que oferece orientações para reduzir erros e omissões durante a troca de plantões, turnos e transferências de pacientes, ajudando o profissional a desenvolver as habilidades de pensamento crítico.

Trata-se de uma técnica utilizada para a comunicação de informação crítica, permitindo compartilhar informações de forma concisa por meio de um modelo estruturado - e particularmente útil - para a comunicação entre os membros da equipe de saúde.

É uma ferramenta que dá início a uma estratégia de segurança do paciente, criando um modelo mental compartilhado em torno de todo o quadro clínico deste, ressaltando situações que requerem avaliação rápida ou troca de informação crítica.

A sigla é, na verdade, um mnemônico para Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação, conforme explicado a seguir:

S – SITUAÇÃO: O que está acontecendo com o paciente?

Identifique-se e identifique a unidade do paciente. Em seguida, explique, resumidamente, o problema (qual é, quando aconteceu ou iniciou e qual a gravidade). Para finalizar, determine a causa da sua preocupação.

B – BACKGROUND/BREVE HISTÓRICO: Qual é o contexto e histórico clínico?

Forneça informações pertinentes dos antecedentes relacionados com a situação, que podem incluir diagnóstico de internação, data de admissão, lista das medicações em uso, alergias, sinais vitais mais recentes, data e hora em que foi realizado qualquer exame laboratorial e os resultados dos exames anteriores para comparação, bem como o resumo do tratamento até o momento.

A – AVALIAÇÃO: O que mudou?

Informe o que você considera que seja o problema, de acordo com as mudanças que ocorrem em relação à avaliação anterior, a condição do paciente instável ou seu agravamento, por exemplo.

R – RECOMENDAÇÃO: O que eu faria para corrigi-lo?

Explicita qual a sua recomendação ou solicitação, que pode incluir tratamentos específicos, exames necessários, reavaliação imediata do paciente etc.

A proposta desta ferramenta é realizar uma comunicação breve e concisa com informações de importância crítica transmitidas em uma estrutura previsível.

No HECAD, ela deverá ser realizada por todas as categorias profissionais para Passagem de Plantão presencial, a cada troca de turno, com preenchimento obrigatório de, pelo menos, as informações do instrumento, conforme registro específico.

5.2.6. Monitorização

Todos os incidentes envolvendo falhas na comunicação devem ser notificados pelos usuários e/ou profissionais de saúde no Formulário de FOP do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP e/ou sistema próprio.

5.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Institute for Healthcare Improvement Cambridge, Massachusetts, USA.
SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation.

Nogueira, J.; Rodrigues, M. Comunicação Efetiva no Trabalho em equipe em Saúde: Desafio para a Segurança do Paciente. Artigo originado da disciplina Segurança do

Paciente, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, 2014.

Santos, I.; Novais, V. Meios e Formas de Comunicação entre Profissionais de Saúde e a Segurança do Paciente dentro de uma Unidade de Tratamento Intensivo. Revista Saúde em Foco. Ed 9. 2017.

5.4. ANEXO

HECAD - SBAR

Data: ____/____/____

Profissional: _____

Setor: _____

S	<p>Situação: Estou telefonando sobre o paciente: XX, Leito XX da Clínica XX; A razão do meu telefonema é: (Ex: Receio que o paciente tenha uma parada). Acabo de avaliar pessoalmente o paciente: Os sinais vitais são: pressão arterial: XX, pulso: XX, respiração: XX e temperatura: XX. Estou preocupado com: A pressão arterial, porque está acima de 200 ou abaixo de 100, ou 30mmHg abaixo do normal. A frequência cardíaca porque está acima de 140 ou abaixo de 50bpm. A respiração porque é menor que 5 ou maior que 40irpm. A temperatura porque é menor que 35°C e maior que 38°C.</p>
B	<p>Background: O estado mental do paciente é: Alerta e orientado para pessoa, lugar e espaço. Confuso e cooperativo ou não cooperativo. Agitado ou combativo. Letárgico, embora converse e consiga deglutir. Em estupor e sem conversar com clareza e, possivelmente, sem conseguir deglutir. Em coma e não reage a estímulos. Escala de Glasgow. A pele está: Quente e seca. Pálida. Com manchas. Sudoreica. Extremidades frias. O paciente não está ou está sob oxigênio: O paciente está em XX (l/min) ou (%) de oxigênio há XX (minutos/horas). O oxímetro está marcando XX %. O oxímetro não detecta um bom pulso e está fornecendo dados errados.</p>
A	<p>Avaliação: Eis o que penso ser o problema: < dizer o que você pensa ser o problema >. O problema parece ser cardíaco/ infeccioso/ neurológico / respiratório... Não tenho certeza do problema, mas o paciente está piorando. O paciente parece estar instável e pode piorar, precisamos fazer alguma coisa.</p>
R	<p>Recomendação: Sugiro ou solicito que você < diga o que gostaria que fosse feito >. Transfira o paciente para a unidade de cuidados críticos. Venha ver o paciente agora. Converse com o paciente e a família sobre a situação. *Se há necessidade de algum exame: Ele precisa de exames como Raio-X, gasometria, hemograma completo, eletrocardiograma ou outros (glicose, creatinina, ureia)? *Se ordenada uma mudança no tratamento, perguntar: Com que frequência deseja os sinais vitais? Quanto tempo você espera que persista o problema? Se o paciente não melhorar, quando quer que telefonemos novamente?</p>

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022

6. PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR PARA PREVENÇÃO DE QUEDA

6.1. OBJETIVO

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência, bem como os danos dela decorrentes, e nortear o atendimento imediato pós queda no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

6.2. DIRETRIZ

6.2.1. Definição de queda

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

Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão.

A queda pode ocorrer da própria altura, da maca, cama ou de assentos (cadeiras de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

6.2.2. Público-alvo

- a) Pacientes internados no HECAD;
- b) Pacientes ainda não internados ou acompanhantes que sofrerem quedas na Unidade, devendo estes serem encaminhados para Emergência, passando pelo fluxo da triagem.

6.2.3. Grupo de Risco

São considerados grupos de maior risco de queda:

- a) Crianças e Idosos;
- b) Pacientes/clientes obesos e desnutridos;
- c) Pacientes/clientes com história recente de queda;
- d) Pacientes/clientes com redução da mobilidade (déficit motor e ou sensorial);
- e) Pacientes/clientes com distúrbios de marcha ou de equilíbrio;

- f) Pacientes/clientes em pós-operatório;
- g) Pacientes/clientes com incontinência urinária;
- h) Pacientes/clientes com distúrbios mentais, agitados e/ou confusos;
- i) Pacientes/clientes em uso de determinadas classes medicamentosas, tais como benzodiazepínicos, barbitúricos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antimuscarínicos, antiarrítmicos, digitálicos, anti-histamínicos, relaxantes musculares, hipoglicemiantes, diuréticos, vasodilatadores, laxativos, antimuscarínicos e, também, pacientes em uso de 5 (cinco) ou mais medicamentos;
- j) Pacientes/clientes com alterações no sistema sensorial (visão, audição, tato);
- k) Pacientes/clientes com dispositivos invasivos e monitorizados;
- l) Pacientes/clientes com rebaixamento do nível de consciência;
- m) Pacientes/clientes com doenças debilitantes, cardiovasculares, músculo esqueléticas, neurológicas ou vertiginosas.

6.2.4. Avaliação do Risco de Queda ou Aplicação da Escala de Morse

Em nível institucional, a avaliação do risco de queda será realizada pelo Enfermeiro, por meio da Escala de Morse (Anexo), que se encontra disponível no Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP.

Os pacientes/clientes serão classificados em Baixo, Moderado e Elevado Risco para queda, segundo a pontuação na referida escala :

Tabela 6 - Classificação de Risco para quedas, de acordo com a pontuação na Escala de Morse.

Classificação	Pontuação
Baixo	0 a 24 pontos
Moderado	25 a 44 pontos
Elevado	≥ 45 pontos

Fonte: Urbanetto et. al, 2013.

6.2.5. Princípios para utilização da Escala de Morse

São princípios básicos para a avaliação do risco de queda através da Escala de Morse:

- a) A escala deverá ser aplicada no momento da admissão do paciente, diariamente, e sempre que houver mudança do quadro clínico e episódio de queda durante a internação;
- b) A escala deverá ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade;
- c) O resultado obtido é indicativo do risco de queda, sendo que quanto maior o score maior o risco;
- d) O profissional deverá identificar todos os pacientes com elevado risco de queda (pontuação ≥ 45 pontos).

6.2.6. Presença de Diagnóstico Secundário

São consideradas como Diagnósticos Secundários as doenças ou condições de saúde do cliente que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda.

São exemplos de Diagnósticos Secundários: hipotensão, déficit nutricionais, insônia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

6.2.7. Fator de exclusão da utilização Escala de Morse

A escala não se aplica a pacientes/ clientes com incapacidade funcional de cair, ou seja, que não possuem atividade motora - tais como aqueles que sejam tetraplégicos, encontrem-se em coma ou sedados - uma vez que a queda é um tipo de autocuidado, logo pressupõe ação.

6.2.8. Medicamentos associados ao risco de queda

Os medicamentos com risco de queda é fator importante a ser considerado, uma vez que pacientes em ambiente hospitalar farão uso, na maior parte do tempo, de algum medicamento.

Os medicamentos que mais predisõem o paciente ao risco de queda são àqueles que causam hipotensão ortostática, distúrbios do equilíbrio, tontura, disfunção

cognitiva, sonolência, alterações visuais, disfunção motora e parkinsonismo, comumente associadas ao uso de opioides, psicotrópicos (incluindo antipsicóticos, hipnóticos sedativos e antidepressivos), medicamentos para doenças cardiovascular (incluindo diuréticos) e hipoglicemiantes (incluindo insulina).

Escalas de risco podem ser empregadas para avaliação do risco de queda associada ao uso de medicamentos como a *MedicationFall Risk Score*, proposta pela *Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ*. Por essa escala, cada medicamento prescrito é pontuado de acordo com seu grau de risco. Caso o paciente esteja utilizando mais de um medicamento por categoria de risco, a pontuação é calculada multiplicando-se a pontuação da categoria de risco pelo número de medicamentos dessa categoria. A pontuação maior ou igual a 6 indica alto risco de queda.

A avaliação clínica do paciente deve considerar, além do uso de medicamentos que potencializam o risco para queda, fatores ambientais, biológicos e socioeconômicos.

Abaixo estão elencados os medicamentos, conforme sua classificação de risco, padronizados no HECAD. Alertas em software de prescrição serão implantados para sinalizarem os medicamentos classificados como sendo de Alto Risco, facilitando assim, a identificação e o entendimento da equipe assistencial da Unidade.

Quadro 5 - Medicamentos, conforme sua Classificação de Risco.

MEDICAMENTOS - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
CLASSIFICAÇÃO TERAPÊUTICA	MEDICAMENTO	RISCO ENVOLVIDO
Analgésicos Narcóticos	Codeína, Etomidato, Morfina, Tramadol e Fentanil, Metadona, Remifentanila e Sufentanila.	Sedação, tontura, distúrbios posturais, alterações da marcha e equilíbrio, déficit cognitivo
Ansiolíticos	Diazepan, Lorazepam, Clonazepam e Clobazam.	
Anticonvulsivantes	Ácido valproílico, Carbamazepina, Gabapentina, Fenitoína, Fenobarbital, Lamotrigina e Topiramato.	
Anestésicos	Cetamina, Propofol e Tiopental.	
Hipnóticos e sedativos	Dexmetomidina, Midazolam e Zolpidem.	
Neurolépticos	Clorpromazina, Haloperidol, Quetiapina e Risperidona.	
Antidepressivos	Amitriptilina, Sertralina.	Indução do ortostatismo, comprometimento da perfusão cerebral.
Antianginosos e vasodilatadores	Cilostazol, Isossorbida, Nimodipino, Pentoxifilina e Propatilnitrito.	
Antiarrítmicos	Adenosina, Amiodarona, Propafenona e Verapamil.	
Anti-hipertensivos	Anlodipina, Atenolol, Carvedilol, Captopril, Clonidina, Enalapril, Losartana, Hidralazina, Metildopa, Metoprolol, Nifedipina, Nitroglicerina, Nitroprussiato de sódio e Propranolol.	
Anti-histamínicos	Dexclorfeniramina, Fexofenadina e Prometazina.	
Cardiotônicos	Deslanosídio e Digoxina.	
Hipoglicemiantes	Insulina NPH, Insulina R, Metformina e Glibenclamida.	
Relaxante muscular	Baclofeno, Ciclobenzaprina e Dantroleno.	
Vasculoprotetor	Diosmina + hesperidina.	
Vasoconstritores e Hipertensores	Dobutamina, Dopamina, Efedrina, Epinefrina, Metaraminol e Norepinefrina.	
Vasodilatadores	Isossorbida e Sildenafil.	
Diuréticos	Espironolactona, Clortalidona, Furosemda e Hidroclorotiazida.	
Laxantes	Bisacodil, Glicerina enema 12% e Manitol (quando administrado via oral)	

Alto Risco: Grau 3
Médio Risco: Grau 2
Baixo Risco: Grau 1

6.2.9. Implementação de medidas multiprofissionais de prevenção de queda

Os profissionais do HECAD deverão implementar a seguinte rotina de prevenção de quedas:

Quadro 6 - Implementação de medidas de prevenção de queda no HECAD.

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Avaliar todos os pacientes na admissão e diariamente, até o momento da alta.	Enfermeiro
2	Identificar o grau de risco do paciente. Se alto risco, marcar a pulseira com o adesivo de cor amarela e sinalizar o leito com a placa de risco de queda.	Enfermeiro
3	Registrar em prontuário o diagnóstico de enfermagem quanto ao risco de queda e implementar medidas preventivas padronizadas.	Enfermeiro
4	Implementar alertas no sistema que identifiquem, minimamente, os Medicamentos com Alto Risco de queda.	Farmacêutico
5	Implementar as medidas de prevenção para queda, de acordo com a prescrição de enfermagem.	Equipe de Enfermagem
6	Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação para locomoção e mobilização.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Condutor
7	Orientar quanto à importância do uso de óculos, aparelho auditivo, órteses e dos equipamentos de auxílio para mobilidade (andador, bengala, cadeira de rodas para longas distâncias etc.) e calçados adequados.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Condutor
8	Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Nutrição
9	Manter as grades de proteção elevadas e, se necessário, utilizar protetores entre o vão das grades. Utilizar escadinha de apoio para descer do leito, sempre que necessário.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Nutrição/ Condutor
10	Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Condutor
11	Orientar paciente para prevenção de hipotensão postural e treinar o paciente/cuidador a levantar, progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiando no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama).	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Condutor
12	Orientar sobre a necessidade de estar atento às placas de sinalização quanto a pisos escorregadios, obras e reparos.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Condutor

13	Orientar o uso do corrimão nas rampas ou escadas.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Condutor
14	Manter acessos livres e manter pisos secos.	Equipe de Enfermagem/ Condutor/ Higienização
15	Encaminhar o paciente ao leito e, em caso de queda, comunicar a enfermeira e médico plantonista para avaliação.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Condutor
16	Registrar em prontuário as circunstâncias em que ocorreu a queda e a conduta adotada.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional
17	Notificar ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP da Unidade a ocorrência de um evento.	Equipe de Enfermagem/ Equipe Médica/ Equipe Multiprofissional/ Nutrição/ Farmacêuticos/ Condutor/ Familiares

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022

6.2.10. Orientações Gerais

Os profissionais do HECAD deverão, ainda, atentar-se para as seguintes orientações:

- a) Assegurar que as camas permaneçam em posição mais baixa, com as rodas travadas e as grades elevadas, no momento de repouso;
- b) Orientar o uso da campainha e mantê-la ao alcance;
- c) Deambular apenas com auxílio do profissional de saúde ou acompanhante devidamente orientado pela equipe;
- d) Se houver risco aumentado de queda no banheiro, encaminhar para banho de aspersão em cadeira, acompanhado por profissional da saúde ou familiar devidamente orientado;
- e) Sob nenhuma hipótese, deixar sozinho no banheiro paciente que tenha identificação de algum risco de queda;
- f) Observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária;
- g) Orientar os cuidadores que as crianças não podem correr pelas dependências do quarto e da Unidade;
- h) Acomodar crianças com idade ≤ 36 meses em berços com as grades elevadas na altura máxima;

- i) Permanecer ao lado do paciente cirúrgico durante todo o momento de indução e reversão anestésica;
- j) Manter as grades da cama elevadas durante a recuperação do processo anestesiológico;
- k) Orientar os pacientes em primeiro dia de pós-operatório a aguardar serem encaminhados ao banho de aspersão pela equipe de enfermagem, quando se tratar da primeira vez que se levantam.

6.2.11. Atendimento imediato após queda

Ao constatar qualquer tipo de queda, deve-se realizar o atendimento imediato e seguro aos pacientes/ clientes.

A equipe deverá considerar:

- a) Queda como agente causador do evento adverso: Diretrizes do Suporte Avançado de Vida no Trauma - ATLS;
- b) Queda como consequência de um mal súbito: Diretrizes Ressuscitação Cardiopulmonar - RCP e ATLS;
- c) O evento adverso da queda poderá ocorrer por vários motivos e em diversas situações, por isso, o fluxograma denominado Queda com Danos Físicos deverá ser considerado instrumento auxiliar no atendimento pois, devido às multifaces do evento, outras condutas poderão ser adotadas, desde que garantam a segurança do paciente/ cliente;
- d) O médico e o enfermeiro responsáveis pelo atendimento ao paciente/ cliente vítima de queda deverão realizar julgamento crítico do evento, da cinemática do trauma e dos recursos humanos e materiais da unidade na qual a queda ocorreu;
- e) Os pacientes/ clientes que sofrerem quedas com danos e sem danos físicos deverão ser avaliados pela equipe de enfermagem e médico e, se necessário, deverão ser encaminhados ao Serviço Social e Psicologia;
- f) Realizar a revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas, ou seja, avaliar e tratar pacientes/ clientes que sofreram queda e investigar o evento;
- g) Notificar a ocorrência de queda, com ou sem danos, ao NQSP do HECAD por meio do FOP. O NQSP, por sua vez, notificará o evento adverso no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA.

6.3 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Instituto para práticas seguras no uso de medicamentos. Medicamentos associados à ocorrência de quedas. Vol. 6, n. 1, 2017.

Ganz, D.A., *et al.* Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013 Jan. p. 190.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo prevenção de quedas. Agência de Vigilância Sanitária e Fiocruz, 2013.

Urbanetto, J.S., *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(3):569-75.

6.4 ANEXO

Tabela 7 - Escala de Morse.

Item	Definição Operacional	Pontuação
1. Histórico de quedas:		
Não	Se o paciente não tem histórico de quedas nos últimos 3 (três) meses.	0
Sim	Se o paciente caiu durante o período da internação hospitalar ou se tem histórico recente de queda - até 3 (três) meses - por causas fisiológicas.	25
2. Diagnóstico Secundário:		
Não	Se no prontuário do paciente apresentar apenas um diagnóstico.	0
Sim	Se no prontuário do paciente apresentar mais de um diagnóstico médico	15
3. Auxílio na deambulação:		

Nenhum/ Acamado/ Auxiliado por profissional da saúde	Se o paciente deambula sem equipamento auxiliar ou se deambula com a ajuda de um membro da equipe de saúde, ou ainda, Se usa cadeira de rodas ou se está acamado e não sai da cama sozinho.	0
Muletas/ Bengala/ Andador	Se o paciente utiliza muletas, bengala ou andador.	15
Mobiliário/ Parede	Se o paciente movimenta apoiando-se no mobiliário/paredes.	30
4. Terapia endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado:		
Não	Se o paciente não usa dispositivo endovenoso. Nota: quando o paciente usa dispositivo totalmente implantado, considera-se pontuação zero, quando não estiver em uso.	0
Sim	Se o paciente usa dispositivo endovenoso com infusão contínua ou não (salinizado ou heparinizado).	20
5. Marcha:		
Normal/ Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	Uma marcha normal é caracterizada pelo andar de cabeça ereta, braços balançando livremente ao lado do corpo e passos largos, sem hesitação. Também recebe a mesma pontuação se o paciente está acamado e/ou usa cadeira de rodas (sem deambulação).	0
Fraca	Os passos são curtos e podem ser vacilantes. Quando a marcha é fraca, embora o paciente incline-se para frente enquanto caminha, é capaz de levantar a cabeça sem perder o equilíbrio. Além disso, caso ele faça uso de algum mobiliário como apoio, este apoio se dá de maneira leve, somente para se sentir seguro, não para se manter ereto. O Paciente dá passos curtos e vacilantes e pode ter dificuldade de levantar-se da cadeira, necessidade de se apoiar nos braços da cadeira para levantar e/ou	10

Comprometida/ Cambaleante	impulsionar o corpo (faz várias tentativas para se levantar impulsionando o corpo). Com este tipo de marcha, a cabeça do paciente fica abaixada e ele olha para o chão. Devido à falta de equilíbrio, o paciente agarra-se ao mobiliário, a uma pessoa ou utiliza algum equipamento de auxílio a marcha (muletas, bengalas, andadores) para se segurar e não consegue andar sem esta ajuda. Quando ajuda estes pacientes a caminhar, o membro da equipe de saúde nota que o paciente realmente se apoia nele e que quando o paciente se apoia na mobília ou em um corrimão, ele o faz com força até que as articulações de seus dedos das mãos fiquem brancas.	20
6. Estado mental:		
Orientado/ Capaz quanto à sua capacidade/ limitação	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação. Em caso positivo, o paciente é classificado como capaz.	0
Superestima capacidade/esquece limitação	Ao perguntar ao paciente “Você é capaz de ir ao banheiro sozinho ou precisa de ajuda?” verifique se a resposta não é consistente com as informações constantes no prontuário e/ou com sua avaliação ou se a avaliação do paciente é irreal. Se isto acontece, este paciente está superestimando suas habilidades e esquecendo suas limitações.	15
7. Classificação de risco:		
Resultado da soma dos itens	0-24 = Baixo Risco 25-44 = Risco Moderado ≥ 45 = Risco Elevado	--

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

7. FARMACOVIGILÂNCIA

7.1. OBJETIVO

Definir diretriz para o sistema de Farmacovigilância no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

7.2. DIRETRIZ

INTRODUÇÃO

Efeitos adversos com medicamentos acontecem, frequentemente, com pacientes hospitalizados. A ocorrência desses efeitos pode levar a um aumento do tempo de internação do paciente e, assim, dos custos hospitalares. Portanto, a detecção precoce e o diagnóstico de efeitos adversos a medicamentos tornam a Farmacovigilância um importante instrumento para a Saúde Pública.

A Organização Mundial de Saúde - OMS define a Farmacovigilância como a ciência e atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou de quaisquer outros problemas relacionados a medicamentos. Ao definir esse conceito, a OMS ampliou o escopo da Farmacovigilância, contemplando “quaisquer problemas relacionados a medicamentos”, tais como queixas técnicas, erros de medicação e interações medicamentosas.

Os hospitais constituem um local privilegiado para o desenvolvimento de programas de Farmacovigilância, pois concentram casos de Reações Adversas a Medicamentos - RAM como causa de internação ou de seu prolongamento. Além do mais, facilitam a obtenção de informações, registro e análise dos eventos adversos, já que existe acesso ao paciente, à prescrição e ao prontuário, possibilitando a implementação de medidas de intervenção, ao ser detectada uma RAM. Assim, a promoção do uso seguro dos medicamentos deve ser uma parte integrante da prática clínica.

A informação obtida nas várias fases de estudos clínicos até a aprovação do medicamento pela autoridade sanitária não é suficiente para prever o que ocorrerá na prática clínica cotidiana, no tocante ao surgimento de reações adversas pouco frequentes ou naquelas de desenvolvimento lento, que são mais facilmente detectadas nas etapas posteriores à comercialização.

O principal objetivo da Farmacovigilância tem sido, desde o seu início, estabelecer e manter um método efetivo de detectar reações adversas não reveladas nos ensaios clínicos. Esse monitoramento visa identificar os danos potenciais e reais, a fim de levar a uma reavaliação das bulas, propagandas, informativos distribuídos para pacientes e profissionais de saúde.

CONCEITOS IMPORTANTES

Erro de medicação: Ocorrência evitável, que pode produzir lesão no paciente, causada pela utilização inadequada de um medicamento.

Evento adverso: Evento ou circunstância que resultou em dano desnecessário à saúde.

Inefetividade terapêutica: Ocorre quando medicamentos não apresentam os efeitos que se esperam deles. Pode ocorrer em uma variedade de situações relacionadas com o uso inapropriado, as interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, polimorfismos genéticos e desvios de qualidade.

Reação adversa aos medicamentos: É qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresente após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade. Seu conceito expressa o risco inerente de problemas com os medicamentos, quando usados corretamente. A possibilidade da prevenção é uma das diferenças marcantes entre as reações adversas e os erros de medicação. A reação adversa a medicamentos é considerada como um evento inevitável, ainda que se conheça a sua possibilidade de ocorrência, e os erros de medicação são, por definição, preveníveis.

Reação adversa grave: Qualquer reação que ameace a vida, resulte em morte, em incapacidade ou invalidez, que tenha como consequência a hospitalização ou prolongue uma hospitalização já existente ou ocasione uma anomalia congênita ou defeito de nascimento.

Reação adversa inesperada: Reação adversa cuja natureza ou intensidade não são coerentes com a informação local ou contida na autorização de comercialização, ou então não é previsível pelas características farmacológicas do medicamento. O elemento predominante, nesse caso, é que o fenômeno seja desconhecido.

Reação alérgica ao medicamento: Reação adversa ao medicamento que se caracteriza por ser mediada pelo sistema imunológico e não dose dependente.

O QUE DEVE SER NOTIFICADO

Todas as reações, mesmo que não graves e esperadas (descritas em bula), devem ser notificadas. Porém, atenção especial deve ser dada quando se trata de reações graves – óbito, risco de morte, hospitalização, prolongamento da hospitalização, anomalia congênita e incapacidade persistente ou permanente – e reações não descritas na bula.

Conforme RDC nº 04/2009, os eventos adversos que fazem parte do escopo da Farmacovigilância são:

- a) Reações adversas a medicamentos;
- b) Eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos;
- c) Eventos adversos decorrentes do uso não aprovado de medicamentos;
- d) Interações medicamentosas;
- e) Inefetividade terapêutica, total ou parcial;
- f) Intoxicações relacionadas ao uso de medicamentos;
- g) Uso abusivo de medicamentos;
- h) Erros de medicação, potenciais e reais.
- i) Queixas técnicas (alterações físico-químicas e organolépticas, adulterações, falsificações, problemas de rotulagem e de embalagem, entre outras) também devem ser notificadas ao serviço de Farmacovigilância.

QUEM PODE NOTIFICAR

Todos os profissionais de saúde devem notificar eventos adversos por meio do Formulário de Oportunidades de Melhoria – FOP da Unidade.

As notificações serão encaminhadas para o time de medicação do HECAD, que analisará o evento e notificará a ANVISA, através do Sistema VigiMed.

O envolvimento dos profissionais com os princípios da Farmacovigilância tem grande impacto na qualidade da assistência, tanto nos aspectos relacionados à

prescrição, influenciando diretamente na prática médica, quanto na dispensação e no uso de medicamentos.

Vale destacar que, para notificar, não é necessário ter a certeza da relação de causa e efeito entre o evento adverso ocorrido e o uso do produto em questão. A suspeita dessa associação é razão suficiente para uma notificação.

O sucesso de um programa de notificação espontânea depende da participação ativa de todos. Assim, ressalta-se que todas as notificações têm caráter confidencial e não punitivo.

O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO

A notificação espontânea é o método mais empregado pelos países que compõem o Programa Internacional de Farmacovigilância da Organização Mundial da Saúde - OMS, portanto, é o que será utilizado para a implantação no HECAD.

Sistemas de notificações voluntárias de eventos adversos têm na subnotificação a principal barreira para conhecer os riscos reais dos serviços de saúde.

Para evitar tal problema é necessário conscientizar os colaboradores que notificar é um ato de cidadania, de compromisso com os pacientes, com os profissionais de saúde, com a Instituição e mais, de compromisso com o sistema de saúde brasileiro, o qual é utilizado por todos.

AVALIAÇÃO DE NOTIFICAÇÕES

Todas as notificações devem ser registradas, codificadas e avaliadas aplicando-se a gestão de riscos. Devem-se adotar as medidas pertinentes para evitar a duplicação de notificações no banco de dados da Unidade, antes do envio destas ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA.

O propósito fundamental de todo sistema de notificação é aprender com as experiências. A notificação por si só não melhora a segurança. É a resposta às notificações que produz mudanças positivas.

O importante é que um sistema de Farmacovigilância produza uma resposta útil que o destinatário perceba, e que não só justifique os recursos gastos com a notificação, como também motive as pessoas e as instituições a notificar.

Todas essas ações promovem formas distintas de aprendizagem e melhoramento da segurança, gerando alertas, divulgando experiências, analisando tendências de risco e aperfeiçoando o funcionamento dos sistemas.

7.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Farmacovigilância – Ano III nº 4 | jan / jun de 2014.

Capucho, H.C. Pharmacia Brasileira – Set/Out 2008. Farmacovigilância Hospitalar: Processos Investigativos em Farmacovigilância.

Dias, M.F. Farmacovigilância: Um elo entre o governo, indústria farmacêutica e cidadão. Revista Fármacos e Medicamentos. São Paulo, v.5, n.31, nov/dez., 2004.

Dourado. P.S., *et al.* Farmacovigilância Hospitalar: Como implantar. Pharmacia Brasileira – Maio/Junho 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Boas práticas de farmacovigilância para as Américas. Rede PAHRF. Documento Técnico Nº 5. Washington, D.C.: OPAS, 2011.

8. MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS

8.1. OBJETIVO

Dispor de barreiras que reduzam, dificultem ou eliminem a possibilidade de ocorrência de erros relacionados aos profissionais de saúde no processo de uso de medicamentos e padronizar orientações, treinamentos e documentos que orientem a tomada de decisões no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

8.2. DIRETRIZ

Os Medicamentos Potencialmente Perigosos - MPP ou Medicamentos de Alta Vigilância - MAV são aqueles que apresentam risco elevado de provocar danos significativos aos pacientes, em decorrência de falha no processo de utilização.

Os erros que ocorrem com esses medicamentos não são os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou morte.




As recomendações para prevenção de erros de medicação envolvendo MPP são baseadas em 3 (três) princípios: (1) Reduzir a possibilidade de ocorrência de erros; (2) Tornar os erros visíveis; e (3) Minimizar as consequências dos erros.

As estratégias para a prevenção de erros envolvendo esses medicamentos no HECAD incluirão a adoção de medidas de segurança para sua identificação e armazenamento, como cor de etiqueta vermelha, adequações para sua dispensação e preparo seguros, implantação de sistema de suporte a decisões clínicas com emissão de alertas automatizados e limitação do acesso a esses medicamentos.

Além disso, será realizada a dupla checagem no momento da etiquetagem na farmácia central (duplo *check*) e deverá ainda, ser realizada a dupla checagem pela equipe de enfermagem antes da administração de MPP.

Todas essas medidas contribuem para maior segurança no processo de sua utilização na Unidade. Portanto, o desenvolvimento de estratégias para redução de erros envolvendo esses medicamentos são consideradas fundamentais.

No HECAD, a etiquetagem de medicamentos seguirá as cores, conforme descrição abaixo:

-  Etiqueta amarela: Medicamentos sujeitos a controle especial
-  Etiqueta vermelha: Medicamentos Potencialmente Perigosos
-  Etiqueta branca: Demais medicamentos

A identificação de MPP sobrepõe as demais identificações, portanto os medicamentos classificados abaixo como sedo analgésicos serão identificados com etiqueta vermelha.

Os demais medicamentos de controle especial mantêm sua identificação em cor amarela.

Quadro 7 - Medicamentos padronizados como MPP, no HECAD.

Eletrólitos concentrados (sol. Inj.)	Anticoagulantes	Bloqueador neuromuscular	Digitálico	Sedoanalésicos	Insulinas	Nutrição parenteral
Cloreto de potássio 10% e 19.1% Cloreto de sódio 20% Glicose 25% e 50% Gluconato de cálcio 10% Sulfato de magnésio 10% e 50%	Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina SC): 20, 40 e 60mg Heparina não fracionada 5000Ui/0,25ml SC Heparina não fracionada frasco de 5ml Varfarina 2,5mg e 5mg	Suxametônio Atracúrio Rocurônio Cisatracúrio	Digoxina	Fentanil sol. inj. Midazolam sol. inj. Morfina cpr e sol. inj.	Insulina NPH Insulina Regular	NutriflexLipidS pecial 625ml Olimel N7 1000ml Olimel N9 2000ml Nutriflex plus sem lipídeo 2000ml

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Quadro 8 - Medicamentos, possíveis reações, antídotos e recomendações de manejo.

MEDICAMENTO	POSSÍVEIS REAÇÕES ADVERSAS	ANTÍDOTO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO
Cloreto de potássio 10% e 19.1% sol. Inj.	São de incidência rara: Confusão; Ritmos cardíacos irregulares; Dispneia (falta de ar); Ansiedade; Cansaço ou debilidade não habituais; Peso nas pernas; Inchaço ou formigamento nas mãos, pés ou lábios.	Não há antídoto para exposição ao KCL. Há tratamento, que consiste no uso do gliconato de cálcio, infusão de soluções concentradas de glicose, resinas trocadoras de cátions (por enema ou por via oral), insulina e, quando indicado, bicarbonato de sódio. Diálise peritoneal ou extracorpórea podem ser cogitadas nos casos mais graves.	Fatores contribuintes para hipercalemia são a transfusão de sangue, o uso de diuréticos poupadores de potássio, insuficiência adrenocortical ou renal, acidose, queimaduras extensas ou politraumatismos. As manifestações da hipercalemia incluem fraqueza muscular, parestesias, paralisias, hipotensão, arritmias e parada cardíaca. Hipercalemias fatais podem se desenvolver de forma rápida e sem sintomas.
Cloreto de sódio 20%	<i>Cardiovascular:</i> insuficiência cardíaca congestiva, hipotensão transitória. <i>Sistema nervoso central:</i> mielinólise pontina central. <i>Endócrino e metabólico:</i> diluição de eletrólitos séricos, hipernatremia, hipocalemia, hipervolemia, hiperhidratação	Não existe	A toxicidade relacionada ao sódio está, na maioria dos casos, relacionada ao aumento rápido das concentrações séricas do sódio. O monitoramento de sódio e a avaliação do paciente são

	<p><i>Local:</i> flebite, trombose, extravasamento. <i>Respiratório:</i> edema pulmonar.</p>		<p>extremamente importantes. O tratamento é realizado com a infusão de solução hipotônica para corrigir a hipernatremia, não excedendo 10 a 15 mmol/dia.</p>
<p>Glicose 25% e 50% (hipertônica)</p>	<p><i>Cardiovascular:</i> edema, desidratação, hiper/hipovolemia, flebite, trombose venosa. <i>Sistema Nervoso Central:</i> febre, síndrome hiperosmolar, confusão mental, perda de consciência. <i>Endócrino e Metabólico:</i> acidose, hiperglicemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia. <i>Genitourinário:</i> cetonúria, glicosúria, poliúria. <i>Gastrointestinal:</i> diarreia, náusea, polidipsia. <i>Local:</i> dor, irritação. <i>Respiratório:</i> edema pulmonar, taquipneia.</p>	<p>Não existe</p>	<p>Monitoramento de sangue e urina. Para controle farmacológico da glicemia, a insulina é a droga de escolha. Ela age rapidamente, responde bem às titulações da dose, e pode ser utilizada em praticamente todos os pacientes, e em qualquer condição clínica para controlar a glicemia. Enquanto, a via de administração endovenosa é a preferida dos pacientes críticos, opta-se pela via subcutânea nos pacientes não críticos.</p>
<p>Gluconato de Cálcio 10%</p>	<p><i>Cardiovascular:</i> arritmia, bradicardia, parada cardíaca, hipotensão, vasodilatação, síncope (pode ocorrer após injeção intravenosa rápida). <i>Sistema Nervoso Central:</i> sensação de opressão. <i>Gastrointestinal:</i> alteração do paladar. <i>Neuromuscular e esquelético:</i> sensação de formigamento. <i>Gerais:</i> ondas de calor.</p>	<p>Não existe</p>	<p>Para o tratamento de hipercalcemia deve-se proceder a expansão volêmica com solução salina isotônica 200-300 mL/h, a fim de manter a diurese de 100-150mL/h. Recomenda-se a administração de calcitonina 4UI/Kg (IM ou SC) a cada 12 horas com monitoramento da concentração sérica de cálcio. A dose pode ser aumentada até 6 a 8UI/Kg a cada 6 horas. Os bisfosfonados (pamidronato, ácido zoledrônico, clodronato, ibandronato) são compostos mais potentes que a calcitonina e soro fisiológico para pacientes com hipercalcemia moderada ou grave. Como resultado, eles se tornaram os agentes preferidos para a gestão de hipercalcemia maligna. Seu efeito ocorre em 2-4 dias, por esse motivo os bisfosfonados</p>

			normalmente são administrados em conjunto com solução salina e/calcitonina, que reduzem a concentração de cálcio mais rapidamente.
Sulfato de magnésio 10% e 50%	<p>As reações adversas geralmente resultam da intoxicação por magnésio.</p> <p>Os pacientes são geralmente assintomáticos quando o nível sérico do magnésio está entre 2,5-4 mEq/L.</p> <p>Sintomas associados a hipermagnesemia moderada (4-12,5 mEq/L) são náusea, vômito, letargia, sonolência, hipotensão, intervalo PR prolongado e intervalo QRS prolongado.</p> <p>Sintomas associados a hipermagnesemia grave (< 12,56-35 mEq/L) são paralisia respiratória, hipotensão refratária, parada cardiovascular, coma e morte.</p>	Não existe	<p>O tratamento é realizado mediante a administração de cálcio (considerar a administração de cálcio para pacientes com sintomas neuromusculares ou cardiovasculares).</p> <p>Adultos: Cloreto de cálcio 500-1000mg EV para pacientes com acesso central ou gluconato de cálcio 1500-3000mg EV em 2-5 minutos para pacientes com acesso periférico.</p> <p>Crianças: Cloreto de cálcio 20 mg/kg (máximo 2 g/dose) para pacientes com acesso central ou gluconato de cálcio 60-100 mg/kg EV (máximo 3 g/dose) para pacientes com acesso periférico.</p> <p>Furosemida: adultos e crianças: 1 mg/kg.</p>
<p>Heparina de baixo peso molecular 20 mg/40 mg/60 mg (enoxaparina)</p> <p>Heparina não fracionada SC 0,25ML</p> <p>Heparina não fracionada 5ML</p>	<p>Comuns: Sistema nervoso central: febre, confusão, dor; Dermatológico: eritema, escoriações gastrointestinal: náuseas, diarreia; Hematológico: hemorragias (maiores, inclui casos de intracraniana e intraocular), anemia e trombocitopenia. Já foram relatados casos de trombocitopenia leve, transitória e assintomática durante os primeiros dias de tratamento. Hepática: aumento das enzimas hepáticas ALT e AST Local: hematoma, dor, equimose e eritema no local da injeção Renal: hematúria.</p> <p>Incomuns: Reações alérgicas, anafilaxia, vasculite limitada à pele (hipersensibilidade), eczema, hematoma epidural, hipercalemia, hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, eritema pruriginoso, prurido, púrpura, hemorragia retroperitoneal, necrose da pele (geralmente precedida por púrpura ou placas eritematosas, infiltradas e dolorosas, devendo-se</p>	Protamina	Os efeitos anticoagulantes podem ser, em grande parte, neutralizados pela administração intravenosa lenta de protamina. A dose de protamina deve ser idêntica à dose das heparinas administradas, ou seja, 1 mg de protamina neutraliza o efeito anticoagulante de 1 mg de enoxaparina sódica, ou 1 ml de protamina inativa 1.000 UI de heparina sódica, se a heparina/enoxaparina foi administrada nas primeiras 8 (oito) horas. Uma infusão de 0,5 mg de protamina para 1 mg de enoxaparina/heparina sódica pode ser administrada se a enoxaparina/heparina

	<p>interromper o tratamento com enoxaparina sódica), trombocitose, urticária, eritema vésico-bolhoso. Foram relatados raros casos de trombocitopenia imunoalérgica com trombose.</p>		<p>sódica foi administrada em um período maior que 8 (oito) horas anteriores à administração da protamina, ou se tiver sido determinado que uma segunda dose de protamina seja necessária. Após 12 (doze) horas da injeção de enoxaparina/heparina sódica, a administração da protamina pode não ser necessária. Entretanto, mesmo com doses elevadas de protamina, a atividade anti-Xa nunca é neutralizada (máximo de aproximadamente 60%).</p>
<p>Varfarina 2,5 mg e 5mg</p>	<p>Hemorragia de menor ou maior intensidade pode ocorrer durante a terapia com varfarina, em qualquer tecido ou órgão, manifestando-se como sangramento externo ou interno, associado a sintomas e complicações dependentes do órgão ou sistema afetado. Pode ocorrer também necrose da pele e de outros tecidos, êmbolos aterotrombóticos sistêmicos e microêmbolos de colesterol. Algumas complicações hemorrágicas podem apresentar sinais e sintomas que não são imediatamente identificados como resultantes da hemorragia, estas reações adversas estão marcadas com um asterisco (*). Anemia*, Dor no peito*, hemorragia pericárdica, Hemorragia da suprarrenal, Hemorragia ocular, Distensão abdominal, dor abdominal*, diarreia, disgeusia, disfagia* flatulência, sangramento gengival, hematêmese, hematoquezia, melena, hemorragia retal, hemorragia retroperitoneal, vômito, Astenia*, calafrios, fadiga*, mal-estar*, dor*, palidez*, inchaço*, Hemorragia hepática, hepatite, Reação anafilática, hipersensibilidade, Artralgia*, hemartrose, mialgia*, Tonturas*, cefaleias*, hemorragia intracraniana, parestesia*, paralisia*, hematoma espinhal, Letargia, Hematúria, Menorragia, hemorragia vaginal, Epistaxe, dispneia*, hemoptise, hemotórax, hemorragia pulmonar alveolar, calcificação pulmonar, Alopecia, dermatite,</p>	<p>Vitamina K</p>	<p>Para correção da protrombinopenia excessiva, com ou sem sangramento, a suspensão de uma ou mais doses do medicamento pode ser suficiente. Se necessário, doses pequenas de vitamina K (2,5 a 10 mg) geralmente corrigem o distúrbio. No caso de persistência de um sangramento menor ou evolução para uma hemorragia fraca, podem ser administradas doses de 5 a 25 mg de vitamina K por via parenteral. Caso ocorram estados protrombinopênicos ou hemorragia grave não responsivos à vitamina K, deve-se considerar a transfusão de plasma fresco congelado ou sangue total.</p>

	dermatite bolhosa, petéquias, prurido, erupção cutânea, necrose da pele, urticária, Síndrome dos dedos roxos*, embolismo arterial, embolia gordurosa, hemorragia, hipotensão*, necrose, choque*, síncope*, vasculite.		
Suxametônio	<p>Consistem inicialmente no prolongamento de efeitos farmacológicos. O suxametônio causa relaxamento muscular profundo, resultando em depressão respiratória profunda a ponto de apneia; este efeito pode ser prolongado. As reações de hipersensibilidade, incluindo anafilaxia, raramente ocorrem. As seguintes reações adversas adicionais têm sido reportadas: parada cardíaca, hipertermia maligna, arritmia, bradicardia, taquicardia, hipertensão, hipotensão, hipercalemia, depressão respiratória prolongada ou apneia, aumento da pressão intraocular, fasciculação muscular, rigidez maxilar, dor muscular pós-operatória, rabdomiólise com possível falência renal aguda, mioglobínúria, salivação excessiva e rash.</p>	<p>Hipertermia maligna por suxametônio: Dantrolene</p> <p>Pode-se determinar a natureza e o grau de bloqueio neuromuscular usando um estimulante do sistema nervoso periférico.</p> <p>Recomenda-se administrar atropina para reverter os efeitos secundários muscarínicos.</p> <p>Administrar líquidos e vasopressores, segundo as necessidades, para tratar a hipotensão grave e choque.</p>	<p>A superdose de bloqueadores neuromusculares pode produzir depressão respiratória prolongada ou apneia e colapso cardiovascular. Para apneia ou paralisia prolongada, deve-se manter a via aérea adequada e administrar ventilação manual ou mecânica. Deve-se manter a respiração artificial até que se comprove a recuperação total da respiração normal.</p>
Atracúrio	<p>Reações comuns: Diminuição moderada da pressão sanguínea, vermelhidão da pele; Reação incomum: Dificuldade de respirar; Reação rara (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos pacientes que utilizam este medicamento): Urticária; Reação muito rara: Anafilaxia; Frequência desconhecida: - Convulsões (houve relatos de convulsões em pacientes internados em UTI que na maior parte dos casos também tinham uma condição médica, como lesões na cabeça ou doença no cérebro, que os predispunha a sofrer ataques convulsivos); - Dores e fraqueza muscular (houve relatos de alguns casos de fraqueza e/ou dor muscular, ou miopatia (doença da musculatura esquelética que resulta em fraqueza muscular), após uso prolongado de relaxantes musculares, em pacientes graves internados em UTI; a maioria deles utilizava corticosteroides simultaneamente). Se você apresentar</p>	Neostigmina	<p>Os principais sinais de superdose de besilato de atracúrio são a paralisia muscular prolongada e suas consequências. Os médicos monitoram cuidadosamente os efeitos de besilato de atracúrio durante a operação, e se inadvertidamente você receber uma dose maior do que a recomendada a equipe médica deverá tomar as medidas apropriadas.</p>

	esses sintomas, eles não durarão muito, e seu médico vai monitorá-los e controlá-los durante a operação.		
Rocurônio	Taquicardia, Hipotensão, Hipersensibilidade, reações anafiláticas, reações anafilactoides, choque anafilático, choque anafilactóide, Paralisia flácida, Choque e colapso circulatório, Broncoespasmo, Fármaco ineficaz, efeito do fármaco/resposta terapêutica diminuída, efeito do fármaco/resposta terapêutica aumentada, dor no local da injeção, reação no local da injeção, Bloqueio neuromuscular prolongado, recuperação retardada da anestesia, Edema angioneurótico, urticária, exantema, erupção eritematosa, Fraqueza muscular e miopatia esteroideal, Edema facial Hipertermia maligna, Complicação anestésica de vias aéreas.	Sugamadex	Em caso de superdose e prolongamento do bloqueio neuromuscular, o paciente deve continuar a receber suporte ventilatório e sedação. Nesta situação, há duas opções para reverter o bloqueio neuromuscular: (1) O Sugamadex pode ser utilizado para reverter bloqueios profundos e intensos. A dose de Sugamadex a ser administrada depende do nível do bloqueio neuromuscular. (2) Um inibidor da acetilcolinesterase (por ex. neostigmina, edrofônio, piridostigmina) pode ser utilizado até que se inicie a recuperação espontânea e deve ser administrado em doses adequadas. Quando a administração de agentes inibidores da acetilcolinesterase não reverter os efeitos neuromusculares de brometo de rocurônio, deve-se continuar com a ventilação até que a respiração espontânea seja restaurada. A administração de doses repetidas de inibidores da acetilcolinesterase pode ser perigosa.
Cisatracúrio	Rubor, rash cutâneo, bradicardia, hipotensão, broncoespasmo, anafilaxia, fraqueza muscular e/ou miopatia	Neostigmina e atropina	A reversão dos efeitos do cisatracúrio pode ser realizada com administração de neostigmina em conjunto com atropina. Neostigmina: 0,04-0,07mg/kg. Atropina: 0,5 mg a 1 mg a cada 5 minutos até o máximo de 0,04 mg/kg (dose máxima de 1 mg em crianças e 2 mg em adolescentes).

<p>Digoxina</p>	<p>Em geral, as reações adversas da digoxina são dose-dependentes, e ocorrem em doses maiores que as necessárias para alcançar o efeito terapêutico. Portanto, reações adversas são menos comuns se a dose da digoxina usada estiver dentro da faixa ou concentração plasmática terapêutica recomendada, e quando há atenção adequada as outras condições clínicas e medicações concomitantes.</p> <p>As reações adversas são listadas abaixo por classe do sistema orgânico e frequência. As frequências são definidas como: muito comum ($\geq 1/10$), comum ($\geq 1/100$ e $< 1/10$), incomum ($\geq 1/1\ 000$ e $< 1/100$), rara ($\geq 1/10\ 000$ a $< 1/1\ 000$) e muito rara ($< 1/10\ 000$) incluindo relatos isolados. Eventos muito comuns, comuns e incomuns são geralmente determinados a partir de estudos clínicos. A incidência no grupo placebo é levada em conta.</p> <p>Reações adversas identificadas através da farmacovigilância pós-comercialização, são consideradas como raras ou muito raras (incluindo relatos isolados).</p> <p>- Reações comuns: ($> 1/100$ e $< 1/10$): transtornos do sistema nervoso central, vertigem, distúrbios visuais (visão turva ou amarelada), arritmia, transtornos de condução, bigeminismo, trigeminismo, prolongamento do intervalo PR, bradicardia sinusal, náusea, vômito, diarreia, rash cutâneo urticariforme ou escarlatiniforme (que pode ser acompanhado de eosinofilia pronunciada).</p> <p>- Reações incomum ($> 1/1000$ e $< 1/100$): depressão</p> <p>- Reações muito raras ($< 1/10\ 000$): trombocitopenia, anorexia, psicose, apatia, confusão, dor de cabeça, taquiarritmia supraventricular, taquicardia atrial (com ou sem bloqueio), taquicardia juncional (nodal), arritmia ventricular, contração ventricular prematura, depressão do segmento ST, isquemia intestinal, ginecomastia (que pode ocorrer em tratamentos de longa duração), fadiga, fraqueza, mal-estar.</p>	<p>DigoxinImmuneFab e Digibind</p>	<p>DigoxinImmuneFab: 40 mg do antídoto neutralizam 0,5 mg de digoxina ou digitoxina. A dose a ser utilizada será o nível sérico de digoxina (ng/mL) x peso (kg)/100.</p> <p>Digibind: 38 mg do antídoto neutralizam 0,5 mg de digoxina ou digitoxina. Calcular primeiro a carga de digoxina corpórea total: $DCT = \text{nível sérico de digoxina (ng/mL)} \times 5 \times \text{peso (kg)} / 1000$ ou $DCT = \text{mg de digoxina ingeridos} \times 0,8$. Então, administrar 38 mg de antídoto para cada 0,5 mg de digoxina.</p>
<p>Fentanil</p>	<p><i>Dados de estudos clínicos:</i> A segurança do fentanil foi avaliada em 376 indivíduos que participaram de 20 estudos clínicos que avaliaram o</p>	<p>Naloxona</p>	<p>Adultos: Superdosagem de opioides: 0,4 a 2 mg EV, IM ou SC, podendo ser repetida a cada 2-3</p>

	<p>fentanil utilizado como anestésico. Esses indivíduos tomaram, no mínimo, uma dose do Fentanil e forneceram dados de segurança. As reações adversas, conforme identificadas pelo investigador, relatadas em $\geq 1\%$ dos indivíduos tratados com fentanil:</p> <table border="1" data-bbox="461 481 853 1989"> <thead> <tr> <th>Classe de Sistema/Órgão Reação Adversa</th> <th>Fentanil (n=376) %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Distúrbios do Sistema Nervoso</td> <td>5,3</td> </tr> <tr> <td>Sedação</td> <td>3,7</td> </tr> <tr> <td>Tontura</td> <td>3,2</td> </tr> <tr> <td>Discinesia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distúrbios Oculares</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distúrbios visuais</td> <td>1,9</td> </tr> <tr> <td>Distúrbios Cardíacos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bradicardia</td> <td>6,1</td> </tr> <tr> <td>Taquicardia</td> <td>4,0</td> </tr> <tr> <td>Arritmia</td> <td>2,9</td> </tr> <tr> <td>Distúrbios Vasculares</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hipotensão</td> <td>8,8</td> </tr> <tr> <td>Hipertensão</td> <td>8,8</td> </tr> <tr> <td>Dor na veia</td> <td>2,9</td> </tr> <tr> <td>Distúrbios Respiratórios, torácicos e mediastinais</td> <td>3,5</td> </tr> <tr> <td>Apneia</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>Broncoespasmo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Laringoespasmo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distúrbios Gastrointestinais</td> <td>26,1</td> </tr> <tr> <td>Náusea</td> <td>18,6</td> </tr> <tr> <td>Vômitos</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distúrbios da Pele e do tecido Subcutâneo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dermatite alérgica</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>Distúrbios Musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo</td> <td>10,4</td> </tr> <tr> <td>Rigidez muscular (que também podem envolver os músculos torácicos)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lesão, envenenamento e complicações do procedimento</td> <td>1,9</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1,1</td> </tr> </tbody> </table>	Classe de Sistema/Órgão Reação Adversa	Fentanil (n=376) %	Distúrbios do Sistema Nervoso	5,3	Sedação	3,7	Tontura	3,2	Discinesia		Distúrbios Oculares		Distúrbios visuais	1,9	Distúrbios Cardíacos		Bradicardia	6,1	Taquicardia	4,0	Arritmia	2,9	Distúrbios Vasculares		Hipotensão	8,8	Hipertensão	8,8	Dor na veia	2,9	Distúrbios Respiratórios, torácicos e mediastinais	3,5	Apneia	1,3	Broncoespasmo		Laringoespasmo		Distúrbios Gastrointestinais	26,1	Náusea	18,6	Vômitos		Distúrbios da Pele e do tecido Subcutâneo		Dermatite alérgica	1,3	Distúrbios Musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo	10,4	Rigidez muscular (que também podem envolver os músculos torácicos)		Lesão, envenenamento e complicações do procedimento	1,9		1,1		<p>minutos. Se nenhuma resposta for observada após a administração de 10 mg no total, considerar outras causas para a depressão respiratória.</p> <p>Crianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> •superdosagem de opioides: (<5 anos ou < 20 kg, off label): 0,1 mg/kg/dose, EV (preferível), IM ou SC, repetir se necessário a cada 2-3 minutos; (> 5 anos ou > 20 kg). •superdosagem de opioides: (> 5 anos ou > 20 kg): 2 mg. Se não há resposta, repetir a cada 2-3 minutos. Se nenhuma resposta for observada após a administração de 10 mg no total, considerar outras causas para a depressão respiratória.
Classe de Sistema/Órgão Reação Adversa	Fentanil (n=376) %																																																										
Distúrbios do Sistema Nervoso	5,3																																																										
Sedação	3,7																																																										
Tontura	3,2																																																										
Discinesia																																																											
Distúrbios Oculares																																																											
Distúrbios visuais	1,9																																																										
Distúrbios Cardíacos																																																											
Bradicardia	6,1																																																										
Taquicardia	4,0																																																										
Arritmia	2,9																																																										
Distúrbios Vasculares																																																											
Hipotensão	8,8																																																										
Hipertensão	8,8																																																										
Dor na veia	2,9																																																										
Distúrbios Respiratórios, torácicos e mediastinais	3,5																																																										
Apneia	1,3																																																										
Broncoespasmo																																																											
Laringoespasmo																																																											
Distúrbios Gastrointestinais	26,1																																																										
Náusea	18,6																																																										
Vômitos																																																											
Distúrbios da Pele e do tecido Subcutâneo																																																											
Dermatite alérgica	1,3																																																										
Distúrbios Musculoesqueléticos e do tecido conjuntivo	10,4																																																										
Rigidez muscular (que também podem envolver os músculos torácicos)																																																											
Lesão, envenenamento e complicações do procedimento	1,9																																																										
	1,1																																																										

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="459 197 740 338"> Confusão pós-operatória Complicação neurológica anestésica </td> <td data-bbox="740 197 852 338"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 338 852 495"> As reações adversas, conforme identificadas pelo investigador, relatadas em <1% dos indivíduos tratados com fentanil em 20 estudos clínicos: </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 495 852 544"> Reação Adversa </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 544 852 622"> Transtornos Psiquiátricos Humor eufórico </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 622 852 701"> Distúrbios do sistema nervoso Cefaleia </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 701 852 808"> Distúrbios vasculares Flutuação da pressão arterial Flebite </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 808 852 954"> Distúrbios Respiratórios, torácicos e mediastinais Soluços Hiperventilação </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 954 852 1093"> Distúrbios gerais e condições no local da administração Calafrios Hipotermia </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 1093 852 1294"> Lesão, envenenamento e complicações do procedimento Agitação pós-operatória Complicação do procedimento Complicação das vias áreas da anestesia </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="459 1294 852 2018"> <p><i>Dados pós-comercialização</i></p> <p>As reações adversas a medicamentos identificadas pela primeira vez durante a experiência pós-comercialização com o fentanil estão listadas a seguir. As frequências foram estimadas das taxas de relato espontâneo. Reação muito rara (< 1/10.000, incluindo relatos isolados):</p> <p>Distúrbios do Sistema Imunológico: hipersensibilidade (como choque anafilático, reação anafilática, urticária).</p> <p>Distúrbios do Sistema Nervoso: convulsões, perda da consciência, mioclonia.</p> <p>Distúrbios Cardíacos: parada cardíaca</p> <p>Distúrbios Respiratórios, Torácicos e Mediastinais: depressão respiratória</p> <p>Distúrbios da Pele e do Tecido Subcutâneo: prurido. Quando um neuroléptico é utilizado com fentanil,</p> </td> </tr> </table>	Confusão pós-operatória Complicação neurológica anestésica		As reações adversas, conforme identificadas pelo investigador, relatadas em <1% dos indivíduos tratados com fentanil em 20 estudos clínicos:		Reação Adversa		Transtornos Psiquiátricos Humor eufórico		Distúrbios do sistema nervoso Cefaleia		Distúrbios vasculares Flutuação da pressão arterial Flebite		Distúrbios Respiratórios, torácicos e mediastinais Soluços Hiperventilação		Distúrbios gerais e condições no local da administração Calafrios Hipotermia		Lesão, envenenamento e complicações do procedimento Agitação pós-operatória Complicação do procedimento Complicação das vias áreas da anestesia		<p><i>Dados pós-comercialização</i></p> <p>As reações adversas a medicamentos identificadas pela primeira vez durante a experiência pós-comercialização com o fentanil estão listadas a seguir. As frequências foram estimadas das taxas de relato espontâneo. Reação muito rara (< 1/10.000, incluindo relatos isolados):</p> <p>Distúrbios do Sistema Imunológico: hipersensibilidade (como choque anafilático, reação anafilática, urticária).</p> <p>Distúrbios do Sistema Nervoso: convulsões, perda da consciência, mioclonia.</p> <p>Distúrbios Cardíacos: parada cardíaca</p> <p>Distúrbios Respiratórios, Torácicos e Mediastinais: depressão respiratória</p> <p>Distúrbios da Pele e do Tecido Subcutâneo: prurido. Quando um neuroléptico é utilizado com fentanil,</p>			
Confusão pós-operatória Complicação neurológica anestésica																							
As reações adversas, conforme identificadas pelo investigador, relatadas em <1% dos indivíduos tratados com fentanil em 20 estudos clínicos:																							
Reação Adversa																							
Transtornos Psiquiátricos Humor eufórico																							
Distúrbios do sistema nervoso Cefaleia																							
Distúrbios vasculares Flutuação da pressão arterial Flebite																							
Distúrbios Respiratórios, torácicos e mediastinais Soluços Hiperventilação																							
Distúrbios gerais e condições no local da administração Calafrios Hipotermia																							
Lesão, envenenamento e complicações do procedimento Agitação pós-operatória Complicação do procedimento Complicação das vias áreas da anestesia																							
<p><i>Dados pós-comercialização</i></p> <p>As reações adversas a medicamentos identificadas pela primeira vez durante a experiência pós-comercialização com o fentanil estão listadas a seguir. As frequências foram estimadas das taxas de relato espontâneo. Reação muito rara (< 1/10.000, incluindo relatos isolados):</p> <p>Distúrbios do Sistema Imunológico: hipersensibilidade (como choque anafilático, reação anafilática, urticária).</p> <p>Distúrbios do Sistema Nervoso: convulsões, perda da consciência, mioclonia.</p> <p>Distúrbios Cardíacos: parada cardíaca</p> <p>Distúrbios Respiratórios, Torácicos e Mediastinais: depressão respiratória</p> <p>Distúrbios da Pele e do Tecido Subcutâneo: prurido. Quando um neuroléptico é utilizado com fentanil,</p>																							

	as seguintes reações adversas podem ser observadas: febre e/ou tremor, agitação, episódios de alucinação pós-operatórios e sintomas extrapiramidais.		
Midazolam	<p><i>Distúrbios do sistema imune:</i> reações de hipersensibilidade generalizada (reações de pele, reações cardiovasculares, broncoespasmo, choque anafilático).</p> <p><i>Distúrbios psiquiátricos:</i> estado de confusão, humor eufórico, alucinações. Reações paradoxais, tais como agitação, movimentos involuntários (incluindo movimentos tônico-clônicos e tremor muscular), hiperatividade, hostilidade, reação de raiva, agressividade, excitação paradoxal e agressividade foram relatados, particularmente em crianças e idosos.</p> <p><i>Dependência:</i> o uso de midazolam, mesmo em doses terapêuticas, pode levar ao desenvolvimento de dependência física. Após administração I.V. prolongada, a descontinuação, especialmente descontinuação abrupta do produto, pode ser acompanhada de sintomas de abstinência, incluindo convulsões de abstinência.</p> <p><i>Distúrbios do sistema nervoso:</i> sedação prolongada, redução da atenção, cefaleia, tontura, ataxia, sedação pós-operatória, amnésia anterógrada cuja duração é diretamente relacionada com a dose. A amnésia anterógrada pode ainda estar presente no final do procedimento e, em casos isolados, amnésia prolongada tem sido relatada. Foram relatadas convulsões em lactentes prematuros e neonatos. <i>Distúrbios cardíacos:</i> eventos adversos cardiorrespiratórios graves têm ocorrido em raras ocasiões. Esses eventos têm incluído parada cardíaca, hipotensão, bradicardia, efeitos vasodilatadores. A ocorrência de incidentes com risco de morte é mais provável em adultos com mais de 60 anos de idade e naqueles com insuficiência respiratória preexistente ou comprometimento da função cardíaca, particularmente quando a injeção é administrada muito rapidamente ou quando se administra uma dose elevada.</p>	Flumazenil	<p>0,3 mg, EV, em 15 segundos. Caso o grau desejado de consciência não seja obtido em 60 segundos, doses adicionais podem ser necessárias até o paciente ficar desperto ou até a dose total de 2 mg. Se a sonolência retornar, o flumazenil pode ser administrado EV em bolus ou sob a forma de infusão de 0,1-0,4 mg/hora.</p>

	<p><i>Distúrbios respiratórios:</i> eventos adversos cardiorrespiratórios graves têm ocorrido em raras ocasiões. Esses eventos incluem depressão respiratória, apneia, parada respiratória, dispneia, laringoespasma. A ocorrência de incidentes com risco de vida é mais provável em adultos com mais de 60 anos de idade e naqueles com insuficiência respiratória preexistente ou comprometimento da função cardíaca, particularmente quando a injeção é administrada muito rapidamente ou quando uma alta dose é administrada.</p> <p><i>Distúrbios do sistema gastrintestinal:</i> náusea, vômito, constipação e boca seca.</p> <p><i>Distúrbios da pele e anexos:</i> rash cutâneo, urticária, prurido.</p> <p><i>Reações locais e gerais:</i> eritema e dor no local de aplicação da injeção, tromboflebite, trombose.</p> <p><i>Lesões, envenenamento e complicações de procedimentos:</i> existem relatos de quedas e fraturas em pacientes sob uso de benzodiazepínicos. O risco é maior em pacientes recebendo, concomitantemente, sedativos (incluindo bebidas alcoólicas) e em pacientes idosos.</p>		
<p>Morfina comprimido e solução injetável</p>	<p>A administração peridural ou intratecal não elimina os riscos de reações adversas comuns aos analgésicos opioides sistêmicos. Pode haver risco de dependência física, levando à síndrome de abstinência quando a droga é descontinuada. O efeito mais sério observado durante a administração de sulfato de morfina é a depressão respiratória. Essa depressão pode ser grave e requerer intervenção. A depressão respiratória pode ocorrer logo após a administração devido à redistribuição aos centros respiratórios no SNC. Pode também ocorrer depressão respiratória tardia, em até 24 horas após a administração do produto. A administração intratecal e/ou em áreas torácicas causam mais depressão respiratória do que a peridural e/ou injeção em áreas lombares.</p> <p>Reação muito comum (> 10%): respiração difícil ou agitada, respiração irregular, rápida ou lenta, ou</p>	<p>Naloxona</p>	<p>Adultos: Superdosagem de opioides: 0,4 a 2 mg EV, IM ou SC, podendo ser repetida a cada 2-3 minutos. Se nenhuma resposta for observada após a administração de 10 mg no total, considerar outras causas para a depressão respiratória.</p> <p>Crianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> •superdosagem de opioides: (<5 anos ou < 20 kg, off label): 0,1 mg/kg/dose, EV (preferível), IM ou SC, repetir se necessário a cada 2-3 minutos; (> 5 anos ou > 20 kg). •superdosagem de opioides: (> 5 anos ou > 20 kg): 2 mg. Se não há resposta, repetir a cada 2-3 minutos. Se nenhuma

	<p>superficial; lábios, unhas ou pele pálidos ou azuis, falta de ar e respiração muito lenta.</p> <p>Reações de frequências desconhecidas: visão turva, convulsões, diminuição da frequência de micção, diminuição da quantidade de urina, dificuldade em urinar (gotejamento), retenção urinária, tonturas, desmaios ou tonturas ao levantar-se subitamente de uma posição deitada ou sentada, dor ao urinar, sudorese, cansaço ou fraqueza, períodos menstruais irregulares ou ausentes, ansiedade, confusão, diminuição da libido, delírios, despersonalização, falsa ou incomum sensação de bem-estar, alucinações, dor de cabeça, incapacidade de ter ou manter uma ereção, prurido cutâneo, perda da capacidade sexual, do desejo ou do desempenho, náuseas e vômitos, suspensão da menstruação, sedação, constipação, euforia, desconforto, insônia, agitação, desorientação e distúrbios visuais, mioclonia, batimento cardíaco acelerado, rubor nas faces, respiração ofegante, vertigem e hipotensão.</p>		<p>resposta for observada após a administração de 10 mg no total, considerar outras causas para a depressão respiratória.</p>
<p>Nutrição Parenteral</p> <p>NutriflexLipidSpecial 625ml</p> <p>Olimel N7 1000ml</p> <p>Olimel N9 2000ml</p> <p>Nutriflex plus sem lipídeo 2000ml</p>	<p>A administração de nutrição parenteral envolve anormalidades relacionadas a glicemia, complicações hepáticas e alterações de minerais e eletrólitos. Sobrecarga de volume pode ocorrer quando exigir grandes volumes de líquidos em razão de altas taxas de energia.</p> <p>Disfunções hepáticas e biliares.</p> <p>Doença metabólica óssea ocorre em alguns pacientes que recebem nutrição parenteral por mais de três meses.</p> <p>Reações adversas a emulsão lipídica são incomuns.</p>	<p>Não existe</p>	<p>Escolher uma solução baseada na idade do paciente e estado da função dos órgãos; soluções diferentes são necessárias para recém-nascidos e para pacientes que têm função cardíaca, pulmonar ou renal comprometida.</p> <p>Utilizar o acesso venoso central, com técnicas estritamente estéreis durante a inserção e manutenção.</p> <p>Monitorar atentamente complicações nos pacientes (p. ex., relacionadas com o acesso venoso central, alterações da glicemia, de eletrólitos e minerais; efeitos hepáticos ou na vesícula biliar; reações às emulsões lipídicas, e sobrecarga de volume ou desidratação).</p>

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

9. ALTA HOSPITALAR SEGURA EM PEDIATRIA

9.1. OBJETIVO

Este Protocolo tem como objetivo proporcionar à criança/ adolescente e ao acompanhante condições seguras para a Alta Hospitalar no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

A Alta Hospitalar é prerrogativa do Médico e está condicionada à melhora clínica do paciente, consistindo no encerramento da assistência prestada a ela na Unidade. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa.

É importante salientar que, quando hospitalizado, o paciente tem o direito de ter um Médico como responsável direto pela sua internação, assistência e acompanhamento até a alta.

O Plano de Alta Hospitalar deverá ser aplicado desde o início da admissão hospitalar do paciente no HECAD, tendo caráter educativo, preventivo e o objetivo de reduzir o risco de reinternação. Ele traz benefícios não somente para os pacientes, mas também para os profissionais e a Instituição.

Ressalta-se que a Alta Hospitalar adequada requer ações integradas de uma equipe interdisciplinar, cujas atribuições nesse planejamento encontram-se descritas a seguir.

9.2.1. EQUIPE MÉDICA

- a) Avaliar as necessidades do paciente;
- b) Estabelecer plano terapêutico e registrá-lo no prontuário;
- c) Sinalizar no prontuário o motivo da não liberação para alta;
- d) Esclarecer aos pacientes e familiares informações sobre o diagnóstico e plano de tratamento;
- e) Identificar, com 48 horas de antecedência, os pacientes com plano de alta hospitalar;
- f) Registrar o documento de Alta Hospitalar;
- g) Assinar a alta do paciente.

9.2.2. EQUIPE DE ENFERMAGEM

- a) Orientar ações de cuidado ao paciente/ familiar para a Alta Hospitalar, incluindo retorno ambulatorial;
- b) Sinalizar à equipe médica alterações no quadro clínico do paciente que possam impedir a Alta Hospitalar;
- c) Registrar em prontuário as informações sobre a alta do paciente.

9.2.3. ASSISTENTE SOCIAL

- a) Identificar problemas sociais que dificultem a Alta Hospitalar do paciente;
- b) Realizar contato com rede básica de saúde que receberá o paciente para continuidade do tratamento;
- c) Contribuir para que os direitos do paciente e seus familiares sejam efetivados dentro e fora da Instituição.

9.2.4. NUTRICIONISTA

- a) Estabelecer o diagnóstico nutricional do paciente;
- b) Educar o paciente e o familiar com relação aos cuidados nutricionais;
- c) Orientar a dieta após a Alta Hospitalar.

9.2.5. FARMACÊUTICO

- a) Orientar o paciente e o familiar sobre o uso dos medicamentos prescritos, reforçando as informações no caso de uso de Heparina de Baixo Peso Molecular (Enoxaparina), Antibióticos, Medicamentos opióides e analgésicos;
- b) Realizar a dispensação orientada dos medicamentos da prescrição médica de alta;
- c) Devolver os medicamentos do paciente, caso os tenha deixado sob a guarda da Farmácia no momento da Internação.

9.2.6. FISIOTERAPIA

Considerando que a criança estará, gradativamente, retornando às suas atividades, a Fisioterapia disponibilizará orientações para cada diagnóstico, quer seja respiratório ou motor.

Para cuidados respiratórios, destacam-se as orientações:

- a) Após as refeições, evitar deitar a criança, principalmente se estiver com secreção ou tosse, devendo mantê-la sentada por alguns minutos;
- b) Quando houver prescrição médica para a realização de nebulização, a criança deverá estar sentada, e deverá ser estimulada a tosse, para melhor aproveitamento da terapia. É recomendável fazer a nebulização nos horários determinados pela equipe médica, preferencialmente distante dos horários da refeição;
- c) Não deixar que a criança iniba a tosse e ajudá-la a eliminar a secreção pulmonar é importante para a melhora da respiração;
- d) Para auxiliar no momento da tosse, deve-se posicionar uma toalha contra o tórax, promovendo estabilidade e evitando a dor na incisão cirúrgica, caso haja.
- e) Em crianças traqueostomizadas, o cuidado com a cânula e a aspiração são importantes para o conforto respiratório. A aspiração e a limpeza da cânula deverão ser feitas de acordo com o treinamento prático dada pela equipe do HECAD ao cuidador.

9.2.7. FONOAUDIOLOGIA

Embora não exista uma nomenclatura para a classificação do estado do paciente na Alta Hospitalar pós a intervenção fonoaudiológica, utiliza-se os seguintes critérios:

- 1) Nível bom: quando o paciente se alimenta por via oral, com algumas modificações posturais e/ou da consistência alimentar, sem o uso de sonda;
- 2) Nível regular: quando o paciente iniciou com dieta via oral, fazendo uso de sonda gástrica ou enteral, mas com possibilidade de retirada entre 30 a 60 dias do período hospitalar;
- 3) Nível ruim: quando o paciente faz uso de sonda enteral, sonda gástrica ou dieta parenteral, sem prognóstico de retorno à dieta via oral antes dos 60 dias.

Diante destas situações, são realizadas as orientações após a avaliação junto à equipe multiprofissional (Nutrição, Enfermagem e Medicina), definindo o tipo de dieta, a via de alimentação e a consistência dos alimentos que serão orientados ao paciente em sua alta. Serão orientados, também, os aspectos cognitivos, de linguagem, de voz e motricidade orofacial do paciente, quando da sua saída da Unidade.

9.2.8. TIPOS DE ALTA

Para fins de Alta Hospitalar, serão considerados seus seguintes tipos:

- 1) Alta melhorada;
- 2) Alta por óbito;
- 3) Alta por transferência para outro estabelecimento de saúde;
- 4) Alta administrativa, a cada 30 dias;
- 5) Alta por tempo de permanência;
- 6) Alta por recusa de tratamento, com assinatura do paciente ou responsável legal em formulário próprio;
- 7) Alta por evasão.

Quando diante de algum critério de alta, se houver dúvida, os profissionais do HECAD deverão procurar as orientações dos Conselhos de Classe pertinentes.

No caso da alta por recusa de tratamento, sem colocar em risco a vida do paciente, nem o Médico responsável nem o HECAD podem ferir o princípio da autonomia dele, cerceando seu direito de ir e vir. Nessa situação, a Unidade e o Médico deverão, de maneira clara, documentar fartamente a decisão do paciente/acompanhante.

Entretanto, em caso de iminente perigo à vida do paciente, o Médico poderá recusar-se a conceder a alta por recusa de tratamento. Essa é uma exceção prevista no Código de Ética Médica (Art. 31) para que o profissional possa intervir contrariamente à vontade do paciente/acompanhante. Portanto, é a gravidade ou a iminência de perigo à vida que deve condicionar a aceitação ou não da alta por recusa de tratamento.

Vale a pena ressaltar que, se a saúde do paciente se agravar em consequência da alta por recusa de tratamento, o profissional que a autorizou poderá ser responsabilizado pela prática de seu ato, assim como a Unidade, pois é presumida a culpa do patrão ou comitente pelo ato culposo do empregado ou preposto, no caso de omissão de socorro, imprudência ou negligência.

Se, após o médico informar de maneira ampla, completa, acessível e de forma isenta, ao próprio paciente e/ou aos seus responsáveis, sobre as vantagens e

desvantagens da alta solicitada, esses insistirem no pedido de alta e o médico aceitá-lo, deve-se redigir o Termo de Responsabilidade assinado pelo paciente ou por seus responsáveis.

A aceitação ou não do pedido de alta, pelo médico, também fica condicionado à gravidade ou à iminência de perigo à vida da criança ou adolescente. Diante do impasse entre a solicitação de alta pelos responsáveis e a recusa do profissional em aceitá-la, com o atual Estatuto da Criança e do Adolescente, a Vara da Infância e da Juventude deverá ser acionada para a resolução do conflito.

O paciente que, devidamente esclarecido e sem iminente risco à vida, assumir o não cumprimento da determinação médica de permanecer sob tratamento intrahospitalar, desobriga o profissional de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita. Tal fato deve ficar expressamente documentado no prontuário do paciente.

Outra informação importante é que, mesmo tendo solicitado e recebido alta por recusa de tratamento, o paciente ou seus familiares poderão solicitar nova internação, sendo este seu direito, devendo o HECAD atender a esta solicitação.

Vale ressaltar que, em caso de fuga do paciente, deve-se atentar a 2 (duas) situações distintas:

- a) Pacientes com incapacidade de discernimento e adolescentes: Nesses casos, a responsabilidade em relação ao paciente será transferida à pessoa ou ao estabelecimento a quem ele foi confiado. Logo, caracterizada a fuga do paciente, é cristalina a culpa *in vigilando* da Instituição. Em decorrência, nasce o dever de indenizar em função dos danos causados, a não ser que seja comprovado que não houve negligência.
- b) Pacientes com capacidade de entendimento da situação: A evasão do paciente deve ser explicitada no prontuário e poderá ser feito boletim de ocorrência para preservação de direito do Médico e da Instituição.

A Alta Hospitalar com garantia de leito é outra forma de alta médica, ressaltando-se, porém, a responsabilidade do Médico que assiste o paciente em concedê-la ou não.

Nesta situação, o paciente é liberado para o domicílio, usualmente nos finais de semana, retornando alguns dias após, tendo garantido o seu leito e sem prejuízo para o tratamento previsto. Nesse caso, a responsabilidade do Médico para com o paciente limita-se ao período em que este estiver na Unidade, desde a internação até a sua alta convencional.

Como dito anteriormente, a Alta Hospitalar é prerrogativa do Médico, cuja decisão deve ser tomada de acordo com os ditames éticos e legais. O médico não deve aceitar o pedido de alta de paciente feito por Chefe de Serviço, Diretor Clínico ou outros quando, de acordo com sua avaliação técnica, não existem condições tal.

9.2.9. ALTA POR RECUSA DE TRATAMENTO FRENTE AO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Os pais são os responsáveis pela garantia do direito à vida e à saúde das crianças e adolescentes. Todas as vezes que a ação ou omissão dos pais colocar a criança ou adolescente em situação de risco, assumem a responsabilidade a sociedade, a comunidade em geral e o Poder Público.

Não é necessário que a criança esteja em risco iminente de morte para se negar a alta. Deve-se acionar o Conselho Tutelar ou o Juízo da Infância e da Juventude, subsidiariamente.

É permitida a transferência para cuidado do paciente em outro estabelecimento de saúde, caso haja condições de transporte e não se vislumbre nenhum risco.

9.2.10. DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

São direitos da criança e do adolescente hospitalizado:

- a) Direito à proteção, à vida e à saúde, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação;
- b) Direito a ser hospitalizado, quando for necessário ao seu tratamento, sem distinção de classe social, condições econômicas, raça ou crença religiosa;
- c) Direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente, por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade;
- d) Direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização, bem como a receber visitas;

- e) Direito de não ser separado de sua mãe ao nascer;
- f) Direito de receber aleitamento materno sem restrições;
- g) Direito de não sentir dor, quando existirem meios para evitá-las;
- h) Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitada a sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário;
- i) Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, bem como acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar;
- j) Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido;
- k) Direito a receber apoio espiritual/religioso, conforme a prática de sua família;
- l) Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e seu próprio, quando tiver discernimento para tal;
- m) Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária;
- n) Direito à proteção contra qualquer forma de discriminação, negligência ou maus-tratos;
- o) Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral;
- p) Direito à preservação de sua imagem, identidade, autonomia de valores, dos espaços e objetos pessoais;
- q) Direito a não ser utilizado pelos meios de comunicação de massa, sem a expressa vontade de seus pais ou responsáveis ou a sua própria vontade, resguardando-se a ética;
- r) Direito à confidência dos seus dados clínicos, bem como direito de tomar conhecimento deles, arquivados na Unidade pelo prazo estipulado em lei;
- s) Direito a ter seus direitos constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente respeitados pelo HECAD, integralmente;
- t) Direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

9.2.11. PROCEDIMENTOS:

Na Alta Hospitalar, os seguintes procedimentos deverão ocorrer por parte da equipe de Enfermagem que o assiste:

- 1) Certificar-se da alta no prontuário do paciente, que deve estar assinada pelo Médico;
- 2) Verificar, no prontuário, as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente;
- 3) Informar ao paciente sobre a alta, hora e como será transportado;
- 4) Entregar ao paciente a receita médica e orientá-lo devidamente;
- 5) Auxiliar o paciente a vestir-se;
- 6) Reunir as roupas e objetos pessoais e colocá-los na mala ou sacola;
- 7) Devolver ao paciente objetos e medicamentos que foram guardados no HECAD;
- 8) Providenciar cadeira de rodas ou maca para transportar o paciente até o veículo;
- 9) Transportar o paciente;
- 10) Preparar a Unidade para receber outro paciente.

9.2.12. RESUMO DA ALTA

Este documento recapitula, de modo sucinto, os problemas do paciente, evolução, resultados laboratoriais, prescrições médicas, condições de alta, conduta etc.

Ele deverá ser preenchido por ocasião de saída do paciente, por Alta Hospitalar ou Alta Óbito, consistindo em 3 (três) partes, a saber:

1. Uma descrição narrativa de cada problema;
2. Um diagnóstico final para cada problema;
3. Uma disposição geral para o paciente.

1. Descrição Narrativa: Cada problema será numerado e nominado seguindo-se uma descrição que consiste de:

- a) Histórico do problema antes do seguimento;
- b) Características do exame físico relevantes ao problema;

- c) Evolução durante o seguimento, incluindo uma discussão dos resultados laboratoriais relevantes, mudança dos achados do exame físico, terapêutica e resposta à terapêutica;
- d) Impressões finais sobre o problema, que pode ser um diagnóstico específico ou um problema menos definido;
- e) Plano final para o problema, que incluirá o seguimento ambulatorial se necessário:
 - Planos diagnósticos após alta;
 - Planos terapêuticos, incluindo medicação após a alta;
 - Educação do paciente, como descrito anteriormente.

2. Diagnóstico Final: Após a descrição de cada problema haverá uma lista de diagnóstico final diferente das impressões diagnósticas discutidas sobre cada um deles.

As impressões, dentro do espírito do Prontuário Médico Orientado para Problemas, podem ser diagnósticas ou apenas sintomas. O Diagnóstico Final, por outro lado, representa um compromisso, pois solicita um diagnóstico específico mesmo quando o médico verifica que o diagnóstico pode não ser realmente preciso.

3. Disposição: Será incluída uma declaração sobre o local para o qual o paciente será liberado, quando da alta hospitalar (por exemplo: para casa, para uma clínica, centro de recuperação etc.).

O Médico que fará o acompanhamento dos retornos do paciente, se for o caso, providenciará para que haja assistência ao paciente pelo pessoal de saúde auxiliar e outras instruções.

9.2.13 PLANO DE ALTA - CHECK LIST

- 1) Data provável de alta atualizada diariamente;
- 2) Objetivos e metas no quadro do quarto do paciente, atualizado diariamente (acessível ao paciente e familiar);
- 3) Problemas ativos, com planos de ação interdisciplinar descritos no plano assistencial em prontuário;
- 4) Planejamento das necessidades pós-alta descrito e acessível;

- 5) Educação e treinamento de paciente e/ou família registrados;
- 6) Acompanhamento e controle rigoroso em relação a dor, risco nutricional e polifarmácia;
- 7) Avaliação das necessidades de modificação ambiental;
- 8) Facilitação do acesso dos pacientes aos parceiros técnicos de órteses, cadeiras, recursos de tecnologia e demais;
- 9) Facilitação do acesso a agências de cuidadores.

9.2.14 SUMÁRIO DE ALTA

- Data de admissão e alta;
- Motivo da hospitalização;
- Achados relevantes da história e exame físico;
- Achados laboratoriais significativos;
- Achados radiológicos significativos;
- Achados significativos em outros testes;
- Lista de procedimentos realizados e seus achados;
- Diagnóstico de alta;
- Condições de alta;
- Medicações da alta;
- Acompanhamento pós-alta;
- Resultados pendentes;
- Limitações / restrições no pós-alta.

9.2.15 CHECKLIST DE ALTA

Estado clínico:

- Reversão dos fatores que motivaram a internação;
- Condição médica adequada para a alta;
- Local de cuidados pós-alta em que serão oferecidas condições para continuidade do tratamento.

Exames complementares:

- Recebeu informação sobre exames alterados;
- Exames realizados entregues ao paciente;
- Orientado em relação a resultados pendentes e como proceder.

Educação quanto a sua doença:

- Sabe seu diagnóstico de alta e implicações da sua doença (folder etc.);
- Orientado quanto à terapia da sua doença e reconciliação medicamentosa;
- Ciente das limitações e restrições pós-alta;
- Orientado quanto aos sinais de piora e quando procurar seu Médico;
- Acompanhamento/ consulta com especialista agendado/orientado;
- Sumário de alta fornecido/explicado.

9.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Conselho Federal de Medicina - CFM. Código de Ética Médica. Confiança para o médico, segurança para o paciente. [Internet]. Brasília: CFM, 2016.

Chesani, F.H.; Fontana, G. Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. *Conexão Ci.* 2017; 12(2): 92-98.

Góes, F.G.B.; Cabral, I.E. A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2017.

Hospital Infantil de Sabará. Declaração dos direitos da criança e do adolescente hospitalizado, 2012.

Pineschi, A. A alta em pediatria - Aspectos éticos e jurídicos. In: Campos Júnior D, Burns DAR, Lopez FA. *Tratado de Pediatria*. 3 Ed. São Paulo: Manole; 2015.

Protocolo Assistencial Multiprofissional - PAM. Alta Responsável do Paciente Pediátrico. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), HC-UFTM. 2018.

Salim, A.P.N. A teoria do risco criado e a responsabilidade objetiva do empregador em acidente de trabalho. *Rev Trib Reg Trab 3ª Reg.* 2005;41(71):97-110.

10. PROTOCOLO PEDIÁTRICO DE ATENDIMENTO PARA PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTES POR SUBMERSÃO/IMERSÃO

10.1. OBJETIVO

Descrever o protocolo pediátrico de atendimento para pacientes vítimas de acidentes por submersão/imersão a serem assistidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

10.2. DIRETRIZ

10.2.1. Definições:

Afogamento: Dano respiratório causado por submersão ou imersão em líquido não corporal, normalmente água; há presença de interface ar/água nas vias aéreas da vítima e conseqüente impedimento da respiração.

Submersão: Quando as vias aéreas estiverem abaixo da superfície da água.

Imersão: Quando a água for espirrada contra as vias aéreas.

Sequência de eventos:

I. Parada voluntária da respiração:

- a) Reflexo autônomo da respiração com entrada de água na via aérea;
- b) Laringoespasma secundário à presença do líquido na orofaringe ou na laringe;
- c) Ausência de trocas gasosas;
- d) Hipóxia + acidose;
- e) Aspiração de líquido com alteração na relação ventilação perfusão + edema pulmonar + microatelectasias + diminuição da complacência pulmonar (por disfunção do surfactante);
- f) Piora da hipoxemia;
- g) Perda da consciência;
- h) Apneia.

II. Hipotermia:

- a) Queda de pressão + queda de consumo do oxigênio;
- b) Bradicardia, assistolia ou fibrilação ventricular.

OBS1: A lesão neurológica permanente ocorre após 5 (cinco) minutos de asfixia. A lesão cerebral primária acontece pela hipóxia durante a submersão, porém pode ocorrer lesão neurológica secundária resultante de hipotensão, hipertermia, hipercarbia e crises convulsivas, que podem ser evitadas durante a assistência.

OBS2: Todos os pacientes pediátricos que são vítimas de afogamento devem ser investigados por abuso ou negligência.

Fatores que influenciam a fisiopatologia:

- a) Quantidade de água aspirada;
- b) Tempo para resgate (principal determinante);
- c) Temperatura da água;
- d) Ocorrência de cianose ou apneia.

Causas de morte:

- a) Morte cerebral por lesão hipóxico isquêmica grave;
- b) Síndrome da angústia respiratória aguda;
- c) Disfunção de múltiplos órgãos e sistemas por lesão hipóxico isquêmica prolongada;
- d) Sepsis por pneumonia aspirativa ou infecções nosocomiais.

Atendimento pré-hospitalar

Objetivo: ressuscitação cardiopulmonar, recuperação da hipóxia e reversão da hipotermia.

Procedimentos:

- Checar a resposta da vítima ainda dentro da água e, se não houver respiração, iniciar ventilação boca a boca imediatamente (12-20/min) até alcançar a área seca.
- Retirar a vítima da água.
- **Se a vítima estiver respirando:** Colocar em decúbito lateral, com a cabeça em um nível inferior ao do corpo para reduzir o risco de aspiração em caso de vômito.
- **Se vítima inconsciente:** Colocar em decúbito dorsal e seguir a sequência A-B-C (via aérea – respiração – cardíaca).

- **Se não houver respiração espontânea:** Realizar 5 respirações de resgate.
- **Checar pulso central:** Se não houver pulso: pedir para outra pessoa pegar um desfibrilador elétrico automático, chamar o resgate e iniciar compressões torácicas.
- Iniciar, conjuntamente, manobras de aquecimento da vítima (cobertores, oxigênio aquecido).
- Evitar manobras de retirada de água dos pulmões, como as compressões abdominais e manobras de *Heimlich*.

Classificação do afogamento:

- Vítima com resposta verbal e a estímulos + ausculta pulmonar normal + sem tosse: liberar paciente do local sem atendimento médico.
- **GRAU 1** - Vítima com resposta verbal e a estímulos + ausculta pulmonar normal + com tosse. Conduta:
 - Repouso, aquecimento e tranquilização;
 - Não há necessidade de suporte de oxigênio ou internação hospitalar.
- **GRAU 2** - Vítima com resposta verbal e a estímulos + ausculta pulmonar com estertores localizados – leve a moderado e/ou pequena quantidade de espuma na boca/nariz. Conduta:
 - Ofertar suporte de oxigênio nasofaríngeo a 5 l/min por cânula;
 - Repouso, aquecimento e tranquilização;
 - Colocar em posição lateral de segurança sob o lado direito;
 - Manter em observação hospitalar por 6 a 48 horas;
 - Solicitar RX de tórax e gasometria arterial.
- **GRAU 3** - Vítima com resposta verbal e a estímulos + ausculta pulmonar com estertores generalizados (edema agudo de pulmão) e/ou com grande quantidade de espuma na boca/nariz sem hipotensão. Conduta:
 - Ofertar suporte de oxigênio por máscara facial ou tubo orotraqueal a 15 l/min, no local do acidente;
 - Colocar em posição lateral de segurança sob o lado direito;

- Acionar ambulância para levar ao hospital e internação hospitalar por 48 a 96 horas;
 - Avaliar desconforto respiratório e ofertar oxigênio (máscara não reinalante, cânula nasal de alto fluxo, ventilação não invasiva ou intubação orotraqueal);
 - Assistência respiratória por tubo orotraqueal ou ventilação mecânica, com uso precoce do PEEP por 48 horas, o que encurta o tempo de hospitalização;
 - Sedação por 48 horas por meio de drogas de sedação rápida;
 - Corrigir a acidose metabólica;
 - Solicitar RX de tórax + gasometria arterial + eletrólitos + ureia + creatinina + glicose + EAS + TC de crânio (se alteração no nível de consciência).
- **GRAU 4** - Vítima com resposta verbal e a estímulos + ausculta pulmonar com estertores generalizados (edema agudo de pulmão) + com hipotensão. Conduta:
 - Observar a respiração com atenção, pois pode haver parada respiratória;
 - Seguir o tratamento para o grau 3 e associar a infusão venosa de cristaloides por acesso venoso periférico até restabelecer pressão arterial;
 - Usar soluções coloides apenas se hipovolemia refratária;
 - Restringir a reposição hídrica orientada pelo débito urinário de 0,5 a 1 mL/Kg/h e parâmetros hemodinâmicos;
 - Raramente, necessitará de drogas vasopressoras ou inotrópicas.
- **GRAU 5** - Vítima sem resposta verbal e a estímulos + sem respirar + pulso carotídeo presente. Conduta:
 - Iniciar a ventilação artificial com bolsa-válvula-máscara de 12 a 20 l/min com 15 L de O₂ até retorno espontâneo da respiração;
 - Se voltar a respirar, seguir como grau 4;
 - Se evoluir para PCR, seguir como grau 6.
- **GRAU 6** - Vítima sem resposta verbal e a estímulos + sem respirar + sem pulso carotídeo presente + tempo de submersão < 1 hora e sem sinais evidentes de morte. Conduta:
 - Iniciar RCP;

- Monitorar ECG para desfibrilação;
- Inserir um tubo orotraqueal;
- Se possível acessar via venosa periférica para início de adrenalina IV a 0,01 mg/kg após 3 minutos e 0,1 mg/kg a cada 3 minutos de PCR;
- Se vítima sem resposta verbal e a estímulos + sem respirar + sem pulso carotídeo presente + tempo de submersão > 1 hora ou sinais evidentes de morte (rigidez cadavérica, decomposição corporal e/ou livores) – Óbito.

Atendimento no pronto-socorro:

- Levar vítima para sala de emergência, iniciar monitorização e checar sinais vitais (FC, FR, SatO₂, PA, temperatura e glicemia);
- Garantir que a via aérea do paciente esteja segura e com oferta adequada de oxigênio;
- Intubação orotraqueal, se necessidade;
- Se instabilidade hemodinâmica, iniciar drogas vasoativas;
- Pacientes do grau 1 não precisam ficar internados;
- Pacientes do grau 2 devem ficar em observação por 6 a 48 horas;
- Pacientes do grau 3 para cima devem ser encaminhados para UTI;
- Exames a serem solicitados na chegada do paciente: gasometria arterial, lactato, eletrólitos e glicemia;
- RX de tórax pode ser útil para avaliar o grau de edema pulmonar.

Manejo da hipotermia:

- Há uma redução entre 6 e 7% no metabolismo cerebral a cada 1°C de queda da temperatura corporal;
- Medir temperatura central sempre que possível (bexiga, esôfago ou tímpano), porém na impossibilidade de realizar a mesma, aferir temperatura axilar;
- Se a temperatura axilar for > 30°C: utilizar reaquecimento ativo externo (cobertores, focos de luz ou berço aquecido), associado ao passivo externo (ambiente);

- Se temperatura axilar for $< 30^{\circ}\text{C}$: utilizar além dos métodos externos, deve-se utilizar método interno com o uso de fluidos aquecidos a 40°C , oxigênio umidificado a 40°C , lavados com líquidos aquecidos a 40°C (gástrico, vesical e peritoneal) ou circulação extracorpórea;
- O aquecimento de pacientes gravemente enfermos deve ser lento e não ultrapassar a velocidade de 0,50 a cada 2 horas (exceto se risco de situações ameaçadoras à vida como arritmias).

Suporte neurológico:

- O objetivo na assistência é de evitar a lesão secundária;
- O edema cerebral desenvolve-se entre 24 e 72 horas após o afogamento;
- Manter uma pressão arterial adequada e evitar a vasodilatação cerebral;
- Não deixar solução de manutenção glicofisiológica 1:1 (a hiponatremia piora o edema cerebral).

Antibioticoterapia:

- Não há indicação do uso de antibioticoterapia de forma profilática;
- Monitorar o paciente por meio da presença de febre, leucocitose, novos infiltrados pulmonares à radiografia e exames de cultura para ponderar início de antibioticoterapia;
- Risco de pneumonia é maior nos pacientes que utilizam a ventilação mecânica invasiva;
- Se infecção pulmonar se desenvolver, lembrar que os principais patógenos são *Aeromonas*, *Burkholderiam*, *Pseudomonas* e *Pseudallescheria*.

Suporte Cardiovascular:

- Estabilização cardiovascular por meio do aquecimento, oxigenioterapia, reposição volumétrica e substâncias vasoativas a depender da individualidade de cada caso.

Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo - SDRA:

- Em pacientes afogados com SDRA, não se recomenda desmame precoce (menos de 24 horas) da ventilação mecânica invasiva – geralmente, não há recuperação tão rápida;

- A utilização precoce da ventilação com PEEP e suplementação de oxigênio é efetiva para reversão da hipoxemia;
- Parâmetros fisiológicos sugeridos na SDRA em vítimas de afogamento:
 - SatO₂: ideal > 94%/ aceitável > 88%;
 - PCO₂: ideal 30-35 mmHg;
 - pH: > 7,35.
- Parâmetros ventilatórios sugeridos em pacientes com SDRA vítimas de afogamento:
 - Limite da P_{insp}: 30-35 cmH₂O;
 - Pressão média das vias aéreas: 20-30 cmH₂O;
 - PEEP: 10-20 cmH₂O;
 - FiO₂: ideal < 0,6; aceitável 0,7-0,8.

Indicações de UTI:

- Tempo de submersão maior do que 1 minuto;
- Cianose durante a ressuscitação;
- Necessidade de respiração boca a boca;
- Instabilidade hemodinâmica, ventilatória ou neurológica.

Condutas na UTI:

- Monitorização contínua com eletrocardioscópio e oximetria de pulso em todos os pacientes;
- PVC, PA invasiva, sonda gástrica e medir o débito urinário em pacientes com instabilidade hemodinâmica;
- Solicitar gasometria arterial, dosagem sérica de Na, K, Ca e glicemia;
- Considerar dosagem de ureia, creatinina, enzimas hepáticas e cardíacas em casos de hipóxia grave;
- Pode ocorrer piora respiratória entre 48 e 72 horas após o acidente por submersão (pelo afogamento, por Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA, pneumonite química ou pneumonia);

- Ventilação mecânica invasiva se PaO₂ < 60 mmHg, SatO₂ < 90% com FiO₂ > 60%, hipercapnia refratária ou deterioração do nível de consciência;
- Geralmente, os pacientes se beneficiam do uso de altos valores de PEEP (patologia restritiva);
- Preservar a função cerebral com sedação, normovolemia, normoglicemia, normotermia, cabeceira elevada 30° e cabeça em posição neutra;
- Correção de distúrbios acidobásicos e eletrolíticos;
- Não está indicado o uso de corticosteroides, anticonvulsivantes profiláticos ou barbitúricos para indução de coma;
- Não está indicada a monitorização da pressão intracraniana.

10.3 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

American Heart Association – ACLS. Suporte Avançado de Vida Cardiovascular – Manual para profissionais de saúde. 4 Ed. 2015.

Schvartsman, B.G.S.; Junior, P.T.M.; Sampaio, M.C. Pronto-socorro: Pediatria – Instituto da Criança, Hospital das Clínicas. 3 Ed. São Paulo: Manole, 2018.

Tonial, C.T.; Garcia, P.C.R.; Vitola, L. Atendimento ao paciente vítima de afogamento. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica - PROPED: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016.

Torre, F.P.F.L.; Passarelli, M.L.B.; Cesar, R.G.; Pecchini, R. Emergências em Pediatria: Protocolos da Santa Casa. 2 Ed. São Paulo: Manole, 2013.

11. RECOMENDAÇÕES PARA O MANEJO DE SÍNDROME GRIPAL E SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

11.1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento de pacientes com síndrome gripal que forem admitidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD.

11.2. DIRETRIZ

11.2.1. INTRODUÇÃO

A síndrome gripal é uma doença que pode ter diferentes causas, entre elas a infecção pelo vírus Influenza, Parainfluenza, Adenovírus ou Vírus Sincicial Respiratório, SARS-CoV2 e outros. Alguns quadros infecciosos bacterianos também podem mimetizar a síndrome gripal e requerer diagnóstico diferencial.

Essa síndrome é caracterizada por quadro respiratório agudo, com pelo menos 2 (dois) dos seguintes sinais e sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse e coriza.

Em crianças, além dos itens anteriores, considera-se, também, obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico.

11.2.2. CONDIÇÕES E FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

São condições e fatores de risco para complicações de síndromes gripais:

- Crianças < 5 anos, sendo maior risco de hospitalização em < 2 anos e maior taxa de mortalidade em menores de 6 meses;
- População indígena aldeada ou com dificuldade de acesso;
- Portadores de doenças crônicas hematológicas, incluindo anemia falciforme;
- Distúrbios metabólicos, incluindo diabetes *mellitus*;
- Transtornos neurológicos e do desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração, tais como disfunção congênita, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, Síndrome de *Down*, AVC ou doenças neuromusculares;
- Imunossupressão (medicamentos, neoplasias, HIV/aids);
- Nefropatias e hepatopatias;
- Pacientes com tuberculose de todas as formas;
- Obesidade.

11.2.3. SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SRAG

A SRAG pode ser observada em indivíduos com síndromes gripais que apresentem dispneia/desconforto respiratório OU pressão ou dor persistente no tórax OU SpO2 <95% em ar ambiente OU coloração azulada (cianose) dos lábios ou rosto.

11.2.3.1. Sinais de agravamento na criança

- a) Persistência ou retorno da febre;
- b) Taquipneia com aumento do esforço respiratório (batimento de asas do nariz, tiragem intercostal, supra/subesternal, supraclavicular, subcostal, contração da musculatura acessória da respiração e movimento paradoxal do abdome);
- c) Bradipneia e ritmo respiratório irregular (colapso respiratório iminente);
- d) Gemidos expiratórios (colapso alveolar e de pequenas vias aéreas ocasionado pelo fechamento da glote na expiração na tentativa de aumento da capacidade residual funcional pulmonar);
- e) Estridor inspiratório (obstrução de vias aéreas superiores);
- f) Sibilos e aumento do tempo expiratório (obstrução de vias aéreas inferiores);
- g) Palidez cutânea e hipoxemia ($SpO_2 < 95\%$);
- h) Alteração do nível de consciência (irritabilidade ou apatia).

Tabela 8 – Frequência Cardíaca normal, por minuto (bpm), de acordo com a idade.

IDADE	FC em Vigilância	FC em SONO
Recém-nascidos	100 a 205	90 a 160
1 a 12 meses	100 a 180	90 a 160
1 a 2 anos	98 a 140	80 a 120
3 a 5 anos	80 a 120	65 a 100
Escolar	75 a 118	58 a 90

Fonte: *American Heart Association, 2015.*

Tabela 9 – Frequência Cardíaca mínima, por minuto (bpm), de acordo com a idade

IDADE	FC
1 a 12 meses	30 a 53
1 a 2 anos	22 a 37
3 a 5 anos	20 a 28
Escolar	18 a 25
Adolescente	12 a 20

Fonte: *American Heart Association, 2015.*

Tabela 10 – Pressão Arterial Sistólica mínima em crianças (mmHg), de acordo com a idade.

IDADE	PA sistólica
Recém-nascidos	< 60
Lactentes (1 a 12 meses)	<70
Criança 1 a 10 anos	<70 +(2x idade em anos)
Maior que 10 anos	<90

Fonte: *American Heart Association*, 2015.

Nota: Manguito adequado: a parte interna de borracha (não a parte externa de tecido) deve cobrir pelo menos 2/3 do comprimento do braço e envolver 80% a 100% de sua circunferência. Manguitos pequenos resultam em valores falsamente elevados.

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas a seguir.

Alterações laboratoriais:

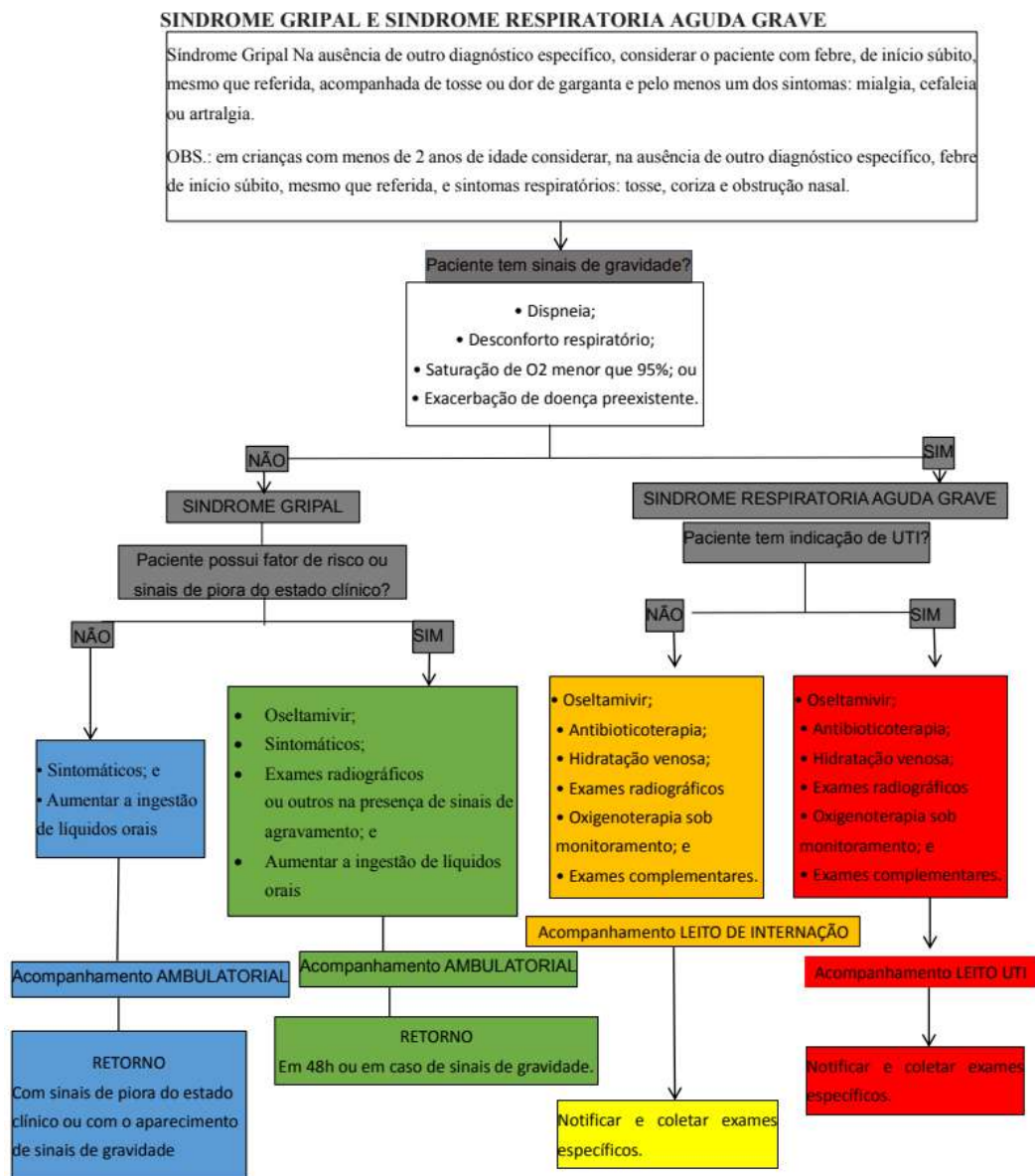
- Hemograma (leucocitose, leucopenia ou neutrofilia);
- Bioquímica do sangue (alterações enzimáticas musculares – CPK – e hepáticas – TGO, TGP, bilirrubinas).

Radiografia de tórax:

- Infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

11.2.3.2 Fluxo Síndrome Gripal Respiratória Aguda Grave

Figura 74 - Fluxo Síndrome Gripal Respiratória Aguda Grave



Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

****Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração do sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

Quadro 9 – Tratamento de Síndrome Gripal por Influenza

DROGA	PESO (maiores de 1 ano)	Dose
Oseltamivir	<15 kg	30mg 12/12h VO 5 dias
	15 a 23 Kg	45mg 12/12h VO 5 dias
	23 a 40 Kg	60mg 12/12h VO 5 dias
	>40 kg	75mg 12/12h VO 5 dias
	Menores de 1 ano	Dose
	0 a 8 meses	3mg/kg 12/12h dias
	8 a 11 meses	3,5mg/kg/dia 10 dias

11.2.4. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO NA UTI PEDIÁTRICA

SpO₂ ≤ 93%, mesmo com cateter nasal de O₂ em fluxo de 3 L/min, e:

- Necessidade de suporte ventilatório invasivo ou não-invasivo;
- Dispneia (tiragem intercostal e/ou uso de musculatura respiratória acessória);
- Irritabilidade ou sonolência;
- Convulsões;
- Disfunção orgânica (insuficiência cardíaca, hepática, renal, convulsões, alteração do nível de consciência);
- Atenção = em crianças menores a alteração do nível de consciência pode manifestar-se por irritabilidade ou sonolência, ou alternância dos dois (escala de *Glasgow* modificada).

11.2.5. QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia com antiviral não é recomendada se o período após a última exposição a uma pessoa com infecção pelo vírus for maior que 48 horas.

Para que a quimioprofilaxia seja efetiva, o antiviral deverá ser administrado durante a potencial exposição à pessoa com *Influenza* e continuar por mais 7 (sete) dias após a última exposição conhecida.

11.2.5.1 Indicações da quimioprofilaxia para *Influenza*

- Pessoas com risco elevado de complicações não vacinadas ou vacinadas há menos de duas semanas, após exposição a caso suspeito ou confirmado de *Influenza*;
- Crianças < 9 anos, primovacinadas, necessitam de segunda dose da vacina com intervalo de 1 (um) mês para serem consideradas vacinadas. Aquelas com condições ou fatores de risco que foram expostas a caso suspeito ou confirmado no intervalo entre a primeira e a segunda dose ou com menos de 2 (duas) semanas após a segunda dose têm indicação da quimioprofilaxia para *Influenza*;
- Pessoas com graves deficiências imunológicas (exemplos: pessoas que usam medicamentos imunossupressores, pessoas com AIDS etc.).

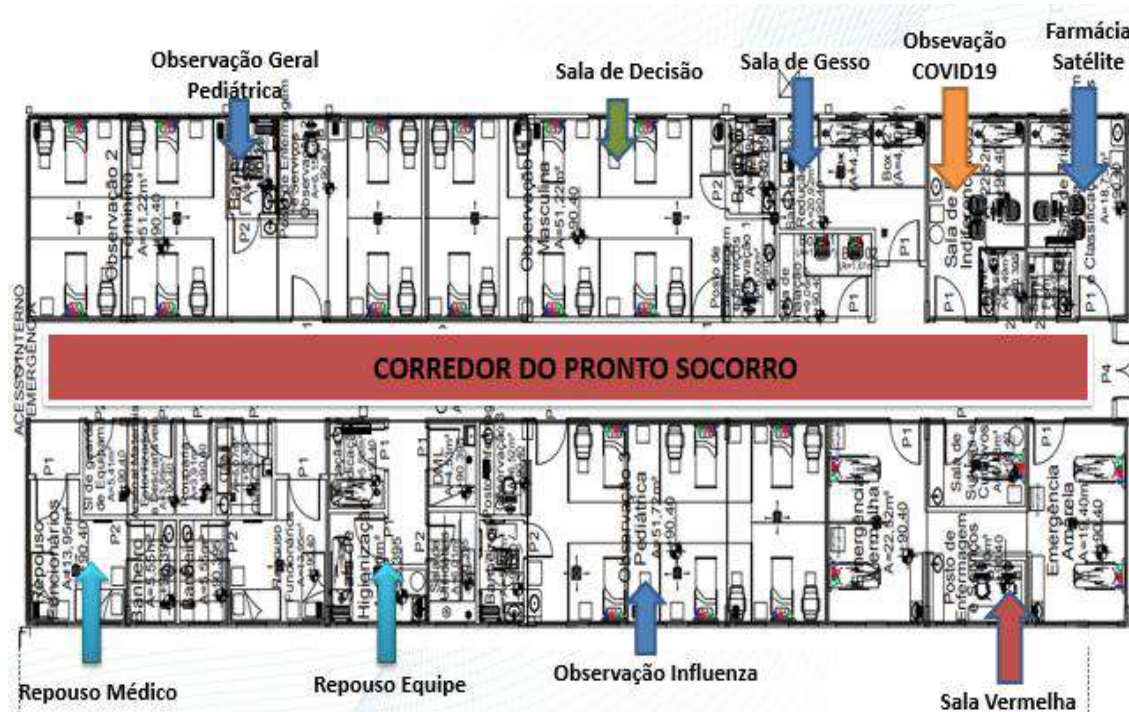
11.2.5.2 Quimioprofilaxia: uso de antiviral

Quadro 10 – Quimioprofilaxia: posologia e administração.

DROGA	PESO (maiores de 1 ano)	Dose
Oseltamivir	<15 kg	30mg/dia VO 10 dias
	15 a 23 Kg	45mg/dia VO 10 dias
	23 a 40 Kg	60mg/dia VO 10 dias
	>40kg	75mg/dia VO 10 dias
	Menores de 1 ano	Dose
	0 a 8 meses	3mg/kg/dia 10 dias
	8-11 meses	3,5mg/kg/dia 10 dias

11.2.6 LOCAIS DE OBSERVAÇÃO DO PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL NO PRONTO SOCORRO

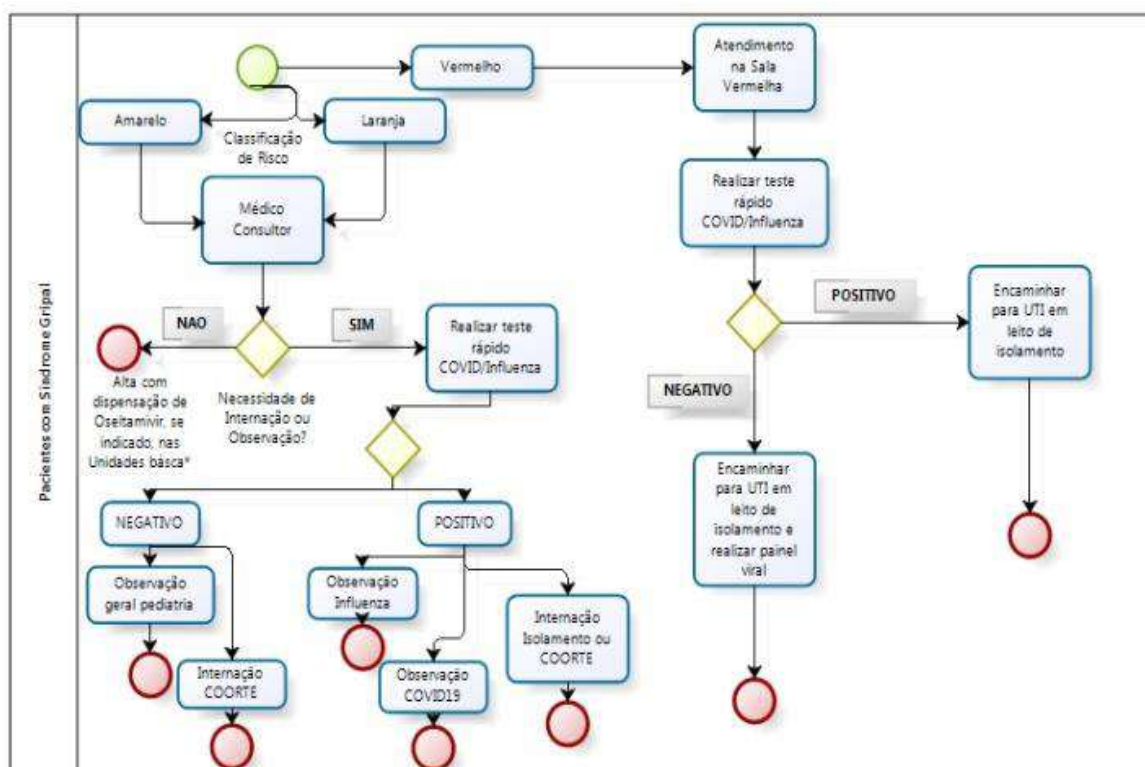
Figura 75 - Locais de observação do paciente com síndrome gripal.



Fonte: Arquivo planta baixa – HECAD

11.2.7 FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE PACIENTES SUSPEITOS

Figura 76 - Fluxo de solicitação de exames de pacientes suspeitos de síndrome gripal.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Quadro 11 – Precauções e Duração das precauções baseadas no modo de transmissão, de acordo com vírus identificado no painel viral.

VÍRUS	PRECAUÇÃO*	DURAÇÃO
Adenovírus	Contato e Gotículas	Toda a internação
Bocavírus	Contato	Duração da Doença**
Rinovírus	Gotículas (associar precaução de contato se o paciente muito secreto)	Duração da Doença**
Vírus Sincicial Respiratório	Contato (associar precaução de gotículas se paciente muito secreto)	Duração da Doença**
Parainfluenza	Contato	Duração da Doença**
Enterovírus	Contato	Duração da Doença**

	Se <i>Enterovirus D-68</i> , associar gotículas.	
Metapneumovírus	Contato	Duração da doença**
SARS-like	Similar SARS COV-2	Similar SARS COV-2 - o médico deverá solicitar após ≥ 24 horas RT-PCR para SARS COV-2, caso exame seja <i>detectado</i> poderá ser realizada coorte com pacientes com COVID-19 confirmados.
Outros coronavírus	Similar SARS COV-2	Similar SARS COV-2
Influenza	Contato + gotículas (aerossóis, se procedimentos geradores)	- 7 dias do início dos sintomas e > 24 horas do desaparecimento da febre e sintomas respiratórios (se imunossuprimido grave manter isolado pelo menos 14 dias).
<i>Bordetellapertussis/ bordetellaparapertussis</i>	Gotículas***	- se uso de terapia efetiva: 5 dias após o início da ATB; - ausência de ATB adequada: 21 dias após o início da tosse.

*Sempre manter as medidas de precaução padrão associada à precaução especial recomendada.

**Solicitar avaliação do SCIRAS para definição da duração da precaução em pacientes imunossuprimidos pois estes podem ter eliminação viral por tempo prolongado.

***Equipe assistente deverá solicitar parecer da infectologia para avaliação individualizada de pacientes contactantes.

11.3 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Davis, R.J., et al. Head and spinal cord injury. Em Textbook of Pediatric Intensive Care, editado por MC Rogers. Baltimore: Williams & Wilkins, 1987.

James, H.; Anas, N.; Perkin, R.M. Brain Insults in Infants and Children. New York, Grune & Stratton, 1985; and Morray JP et al: Coma scale for use in brain-injured children. Critical Care Medicine 12:1018, 1984.

12. PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM FISSURA LÁBIO PALATINA - CERFIS

12. OBJETIVO

Definir critérios e perfil para atendimento dos pacientes que apresentam fissuras lábio palatinas de qualquer natureza, com diagnóstico confirmado ou duvidoso, que necessitem de orientações e/ ou tratamento especializado pela equipe multiprofissional do Centro de Referência em Fissura Lábio Palatina - CERFIS.

12.1. DIRETRIZ

Quadro 12 – Mãe gestante de fissurados.

MÃE GESTANTE DE UM FISSURADO		
Orientação para gestantes que descobrem, em fase pré-natal e por exames, que o bebê terá fissura lábio palatino		
Paciente	Enfermagem	Atendimentos complementares
Gestante	Consulta de enfermagem e orientações	Entrevistas e orientações (Psicologia, Nutrição e Serviço Social)

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022

Quadro 13 - Consulta de caso novo.

CONSULTA DE CASO NOVO					
Primeira consulta de diagnóstico e orientação de tratamento					
Idade do Paciente	Médico Clínico	Cirurgião Dentista	Médico Cirurgião	Fonoaudiólogo	Atendimentos complementares
Recém-nascido				Avaliação inicial com orientações pertinentes à amamentação e demais cuidados.	Aconselhamento continuado e avaliação multiprofissional, quando

				solicitado pelo profissional ou paciente.
3 a 6 meses	Queiloplastia, para pacientes com fissuras que acometem o lábio.			Rotina de Internação
12 a 18 meses	Palatoplastia, para pacientes com fissuras que acometem o palato.			Rotina de Internação

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Quadro 14 - Retornos padronizados.

RETORNOS PADRONIZADOS						
Idade do Paciente	Médico Clínico	Cirurgião Dentista (equipe interdisciplinar)	Cirurgião Bucomaxilofacial	Cirurgião Plástico	Fonoaudiólogo	Atendimentos complementares
1 ano após cirurgias primárias	Se necessário	Odontopediatria (moldagem para documentação e consulta de rotina)		Revisão do tratamento Cirurgia Plástica	Avaliação da fala /linguagem. Terapia fonoaudiológica Casos com envolvimento do palato	Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)
4 a 6 anos	Avaliação de rotina (Pediatria e Otorrino)	Odontopediatria (moldagem para documentação e consulta de rotina)		Cirurgias secundárias Alongamento de columela	Avaliação da fala /linguagem. Terapia fonoaudiológica. Casos com envolvimento do palato	Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)
6 anos	Avaliação de rotina (Pediatria e Otorrino)	Ortodontia (solicitação de documentação ortodôntica consulta de rotina)		Cirurgias secundárias Alongamento de columela	Avaliação da fala /linguagem. Terapia fonoaudiológica. Casos com envolvimento do palato	Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)

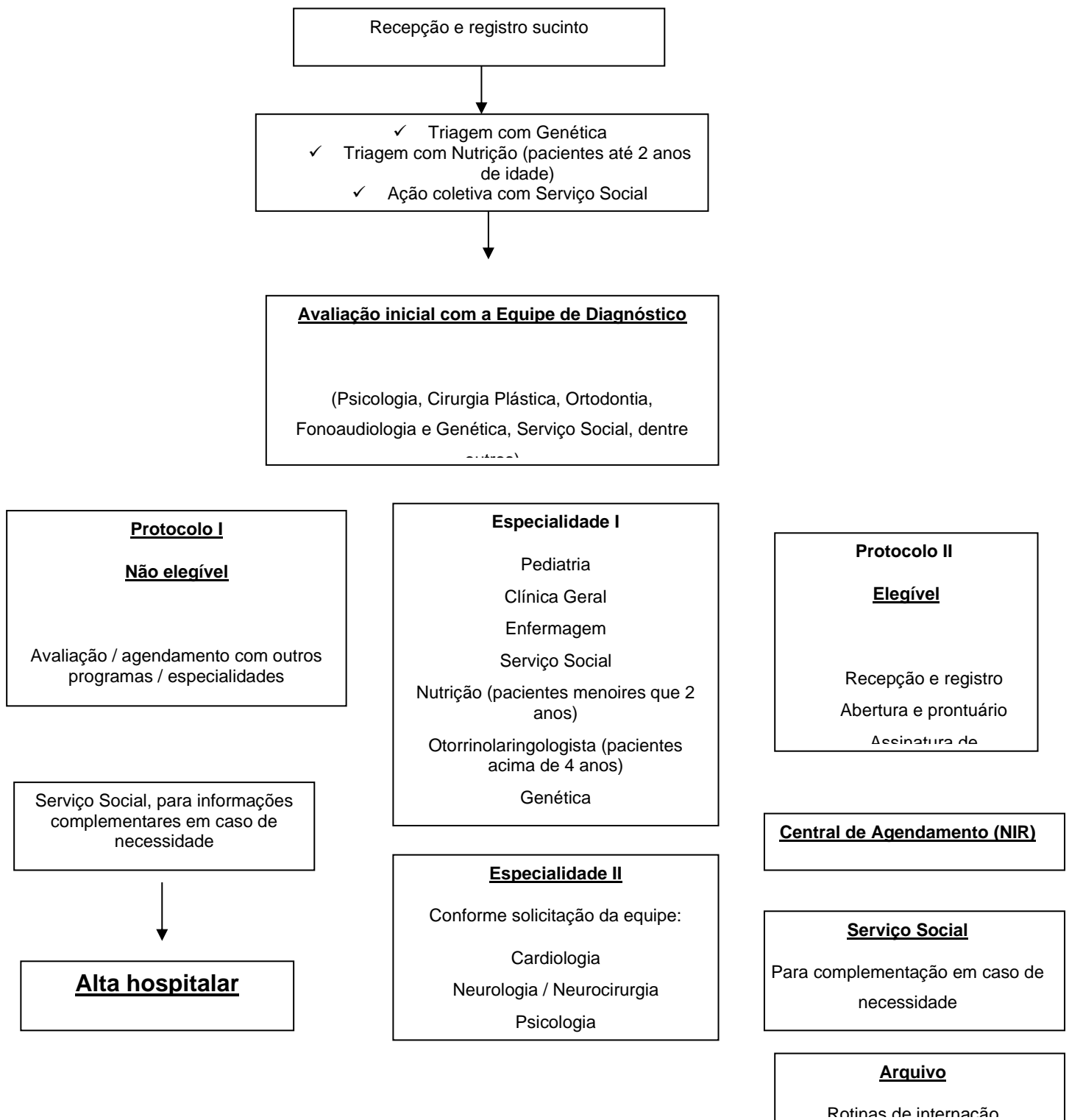
8 a 10 anos	Se necessário	Odontopediatria (consulta de rotina) Ortodontia (avaliação), RX			Tratamento contínuo Avaliação de provável alta	Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)
10 a 12 anos	Se necessário	Consulta de rotina (Odontopediatria e Dentística /Ortodontia) (tratamento)	Consulta de rotina Enxerto ósseo alveolar secundário		Avaliação de fala e audição Provável alta	Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)
14 anos	Se necessário	Consulta de rotina (Peridontia/ Ortodontia/ Dentística) Tratamento periodontal/ restaurações/ Aparelhos ortodônticos	Consulta de rotina Exodontia de sisos/ extra numerário, frenectomia/ bridectomia.		Avaliação de fala e audição Provável alta	Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)
Em tratamento Ortocirúrgico			Consulta de rotina planejamento e realização de cirurgia ortognática/ implantes/ enxerto...			Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)
Após término da Ortodontia	Se necessário	Consulta de rotina Dentística, Periodontia, Prótese / Reabilitação final		Avaliação da necessidade de rinos-septoplastia		Aconselhamento continuado e avaliação quando solicitado pelo profissional ou paciente (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem)
ALTA DEFINITIVA: Avaliação estética - funcional pela equipe envolvida no tratamento. Documentação final de alta definitiva.						

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Fissuras lábiopalatinas

Agendamento sem relatório somente para casos de lábio e palato não operados.

Figura 1 - Conduta na primeira visita



12.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC-USP. Etapas e Condutas Terapêuticas: Fissuras Labiopalatinas, Anomalias Craniofaciais, Saúde Auditiva, Síndromes. 7 Ed. São Paulo: Bauru, 2018.

13. PROTOCOLO CLÍNICO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO EM PEDIATRIA

13.1. OBJETIVO

Padronizar o período de jejum pré-operatório necessário para segurança do ato anestésico dos pacientes admitidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, evitando os riscos durante procedimentos cirúrgicos, bem como reduzindo as complicações e efeitos indesejados associados a períodos de jejum prolongado.

13.2. DIRETRIZ

O jejum pré-operatório é prática adotada para reduzir o volume do conteúdo gástrico, diminuindo o risco de broncoaspiração durante a sedação e anestesia, principalmente na indução da anestesia geral.

Estudos recentes mostram que períodos de jejum muito prolongados não são necessários para diminuir esse risco, ao mesmo tempo que aumentam a incidência de complicações relacionadas a ele, tais como desidratação, náuseas, vômitos, aumento da resistência periférica à insulina, cetose, aumento da resposta metabólica ao estresse cirúrgico.

Crianças que experimentam jejum mais curto demonstram menos fome e sede, apresentando-se mais cooperativas e seguras, o que resulta em maiores graus de satisfação dos pacientes e de seus responsáveis.

No HECAD, será realizado jejum em crianças na faixa etária de 29 dias até 13 anos 11 meses e 29 dias que forem realizar procedimentos cirúrgicos eletivos sob anestesia ou sedação.

Está excluída a possibilidade de jejum os pacientes que forem realizar cirurgias de urgência e emergência com risco para aguardar o tempo de jejum.

Deve-se ter especial atenção às crianças com fator de risco para broncoaspiração:

- Doença do refluxo gastroesofágico;
- Gastroparesia diabética;
- Paralisia cerebral grave;
- Obstrução intestinal;
- Trauma;
- Uremia.

13.2.1. CONDUTA

Para crianças sem nenhum fator de risco para broncoaspiração deve-se obedecer ao seguinte período mínimo de jejum pré-operatório:

- Líquidos não particulados (água, chá, sucos sem polpa): 2 horas;
- Leite materno: 4 horas;
- Sólidos e leite não materno: 6 horas;
- Carne vermelha e alimentos gordurosos: 8 horas.

Até 2 horas antes do procedimento cirúrgico agendado poderá ser oferecido ao paciente volume correspondente a 3 a 5 ml/Kg, sendo o máximo de 200ml de líquidos claros. Na indisponibilidade do peso exato da criança, deve-se prescrever volume de acordo com a idade:

- <5 anos: 50ml;
- 6-12anos:140ml;
- >12 anos: 200ml.

A prescrição de líquidos claros deverá seguir a preferência da criança, sendo liberadas as seguintes opções:

- Água+maltodextrina12%;
- Chá+maltodextrina12%;
- Suco de laranja coado, diluído 1:1 em água.

OBS.: Caso a criança não aceite as opções de líquidos claros acima descritos, poderá ser oferecido o volume equivalente de água a fim de reduzir o desconforto pela sede.

13.2.1.1. Orientações na prescrição de jejum pré-operatório, conforme agendamento cirúrgico

Paciente com cirurgia agendada para 7 horas:

- Na véspera: ceia às 21 horas. Após esse horário, dieta zero para sólidos;
- Crianças em aleitamento materno poderão ser amamentadas até 3 horas.

Paciente com cirurgia agendada para 10 horas:

- Na véspera: ceia às 21 horas. Após esse horário, dieta zero para sólidos;
- Crianças em aleitamento materno poderão ser amamentadas até 6 horas;
- Paciente poderá ingerir líquidos claros 6 horas, conforme volume indicado por idade e peso.

Paciente com cirurgia agendada para 13 horas:

- Na véspera: Ceia às 21 horas;
- Desjejum às 6 horas, conforme dieta prescrita, sem leite ou derivados. Após esse horário, dieta zero para sólidos, servindo apenas líquidos claros às 9 horas;
- Crianças em aleitamento materno, poderão ser amamentadas até 9:00.

Paciente com cirurgia agendada para 16 horas:

- Na véspera: Ceia às 21 horas;
- Desjejum às 6 horas, conforme dieta prescrita, sem leite ou derivados. Após esse horário, dieta zero para sólidos, servindo apenas líquidos claros às 9 horas e 12 horas;
- Crianças em aleitamento materno poderão ser amamentadas até 12 horas.

13.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology*, p376-393, 2017.

Smith, I., *et al.* Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European Journal Anaesthesiology*, p. 556-569, 28ago.2011.

Thomas, M., *et al.* Consensus statement on clear fluids fasting for elective pediatric general anesthesia. *Paediatric Anesthesia*, p.411-414, 2018.

14. ABDOME AGUDO

14.1. OBJETIVO

Identificar os casos cirúrgicos correlacionados ao diagnóstico de abdome agudo em pacientes admitidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD.

14.2. DIRETRIZ

As principais doenças que causam problemas abdominais que necessitam de diagnóstico e tratamentos rápidos (abdome agudo), na faixa etária de 0 a 3 anos, compreendem a invaginação intestinal e a estenose hipertrófica de piloro.

14.2.1. Invaginação intestinal (intussuscepção)

É reconhecida como telescopagem ou invaginação de uma parte proximal do intestino em uma parte mais distal. É a causa de obstrução intestinal mais frequente no segundo semestre de vida. Ocorre na criança hígida com 6 meses a 1 ano de idade. A forma mais comum é a idiopática. Em crianças abaixo de 6 meses ou acima de 1 ano, o divertículo de Meckel pode ser a causa da invaginação.

O tipo de invaginação mais comum é a ileocecal (o íleo terminal invagina e ultrapassa a válvula ileocecal adentrando o ceco e colo ascendente, podendo chegar até o reto).

QUADRO CLÍNICO

Sinais clássicos em lactentes: Gritos associados com pernas dobradas para cima do abdome e vômitos. Nos intervalos da dor, a criança se torna quieta e, eventualmente, apática, pálida e sonolenta. Os vômitos são, inicialmente, alimentares e evoluem para biliosos. As fezes tornam-se vermelho-escuras e mucoides,

gelatinosas (aspecto de geleia de framboesa), sendo um indício de isquemia intestinal e mucosa inflamada.

Exame físico: Distensão abdominal e pode-se palpar massa tubular no trajeto do cólon (invaginado). No exame de toque retal pode-se notar presença de sangue, sendo o diagnóstico clínico firmado.

Exames de Imagem: RX simples de abdome em decúbito e ortostático pode mostrar distensão de alças com níveis hidroaéreos presentes.

Ultrassonografia: Exame de escolha para o diagnóstico da intussuscepção. Pode evidenciar imagens características de “alvo” (em cortes transversais) e “pseudo-rim” (em cortes longitudinais).

TRATAMENTO

Manter jejum via oral, uso de sonda nasogástrica, soro endovenoso basal e reposição de perdas quando a criança tem vômitos. Também, é indicado acompanhamento pela equipe de Cirurgia Pediátrica.

Como tratamento, pode-se indicar cirurgia (laparotomia ou cirurgia laparoscópica). Durante a cirurgia, ao constatar necrose de alça intestinal ou impossibilidade de desfazer a invaginação, indica-se enterectomia com anastomose primária.

14.2.2. Estenose hipertrófica do piloro

É a hipertrofia da camada muscular do piloro que provoca estreitamento de sua luz. Ocorre na segunda ou terceira semana depois do nascimento, com piora progressiva em 7 a 10 dias.

Acomete mais o sexo masculino e, na maioria das vezes, no primogênito. A etiologia é desconhecida.

QUADRO CLÍNICO

A criança apresenta vômitos pós-prandiais não biliosos, em jato, e um apetite voraz. No início, não há queda do estado geral. Porém, com a evolução, pode ocorrer alcalose metabólica hipoclorêmica.

EXAMES FÍSICO E COMPLEMENTAR

São considerações relevantes, ao exame:

- A criança pode apresentar quadro de desidratação;
- O abdome pode estar normal ou apresentar distensão apenas na região epigástrica;
- A palpação minuciosa do abdome pode revelar a presença de pequena massa ovalada localizada à direita da linha média no epigástrico, que corresponde ao piloro espessado (oliva pilórica);
- O exame complementar de escolha é a ultrassonografia abdominal, que mostrará o piloro espessado (oliva pilórica) e espessamento da parede gástrica.

TRATAMENTO

O tratamento é cirúrgico (por laparotomia ou laparoscopia), com a realização de piloromiotomia (abertura longitudinal da camada muscular espessada sem abertura da mucosa pilórica). Para tal, deve-se:

- Manter jejum oral e soro endovenoso basal;
- Realizar gasometria arterial;
- Corrigir a desidratação e alterações metabólicas, quando necessário;
- Manter o acompanhamento do Médico cirurgião pediátrico.

14.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica. Colégio Brasileiro de Radiologia. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Obstrução Intestinal no Lactente e na Criança Maior: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2005. 10p.

Sociedade Brasileira de Urologia. Cirurgia peniana: fimose e hipospádia. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2006. 14p.

Tannuri, U. Doenças cirúrgicas da criança e do adolescente. São Paulo: Manole 2010.

15. TRANSPORTE INTRA- HOSPITALAR DE CLIENTES

15.1. OBJETIVO

Padronizar e sistematizar as condutas da equipe do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD durante o transporte intra-hospitalar de pacientes.

15.2. DIRETRIZ

Transporte intra-hospitalar é o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes dentro do ambiente hospitalar por profissionais da Unidade, seja para fins diagnósticos ou terapêuticos.

15.2.1. RESPONSABILIDADES

Equipe Multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar em Enfermagem e Fisioterapeuta):

- Ter conhecimento sobre o protocolo multiprofissional do transporte e seguir as normas estabelecidas;
- Analisar o risco benefício do transporte de alto risco;
- Conhecer o quadro atual do paciente (diagnóstico de internação e evolução clínica);
- Prever todas as intercorrências e complicações que possam ocorrer no trajeto e adotar medidas preventivas;
- Estabelecer comunicação efetiva com as equipes dos locais de origem e de destino;
- Ser capacitado/conhecimento em Suporte Avançado de Vida, ventilação pulmonar assistida e obtenção de via aérea artificial.

Condutor:

- Conduzir a maca ou a cadeira de rodas do paciente, juntamente com equipe multiprofissional, em todas as dependências da Unidade, para a realização de exames, procedimentos cirúrgicos, transferências ou altas.

Profissional da Higienização:

- Realizar a limpeza terminal da maca de transporte e, se transferido, da unidade do paciente;

- Realizar a limpeza do trajeto do setor de origem ao setor de destino, em caso de transporte de pacientes com doenças infectocontagiosas de alta transmissibilidade (por exemplo, Covid-19).

15.2.2. NORMA INSTITUCIONAL

O paciente deverá sempre ser transportado em algum meio de transporte, o qual deverá ser adequado e seguro às condições clínicas, físicas e idade do dele, podendo ser maca, berços comum ou aquecido, incubadora e cadeira de rodas. As camas hospitalares não deverão ser utilizadas como meio de transporte.

Os veículos de transporte deverão ser de materiais leves e possuir mecanismos de mobilização de decúbito, freio, direcionamento e deslizamento suaves, proteção lateral e suportes para soro, bombas de infusão, cilindros de oxigênio e para monitores, dentre outros.

O meio de transporte preferencial para recém-nascido - RN ou criança deverá ser o berço comum ou aquecido, incubadora, cadeira de rodas ou maca, a depender da idade e peso do paciente e de sua gravidade.

Os RN e crianças somente poderão ser transportados no colo do responsável ou do profissional de saúde se eles estiverem sentados na cadeira de rodas ou deitados na maca de transporte (binômio mãe-RN).

No RN gravemente enfermo, o transporte deverá ser realizado nas incubadoras de transporte.

O transporte do paciente deverá ser classificado como de baixo, médio e de alto risco, considerando as suas condições clínicas:

Quadro 15 - Classificação do tipo de transporte, de acordo com as condições clínicas do paciente.

Classificação de transporte	Condições clínicas do cliente
Baixo Risco	Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e que não sejam dependentes de oxigenoterapia.
Médio Risco	Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 24 horas, porém que necessitam de monitoração hemodinâmica ou oxigenoterapia.
Alto Risco	Pacientes em uso de droga vasoativa e/ou assistência ventilatória mecânica.

No transporte de baixo risco, o paciente não precisará ser monitorizado, mas os sinais vitais deverão ser aferidos antes e após o transporte e registrados em impresso próprio no Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP.

No transporte de médio e de alto risco, os pacientes deverão ser transportados monitorizados (FC, SpO2, e, se necessário, PAS).

Os equipamentos eletrônicos deverão ser selecionados de acordo com o diagnóstico e estado clínico do paciente. No transporte de alto risco, são indicados, no mínimo, monitores para avaliação de sinais vitais (oxímetro de pulso ou monitor multiparamétrico portátil, dependendo da avaliação do Médico e do Enfermeiro) e ventilador de transporte, se o paciente estiver intubado. No paciente neonatal, o equipamento recomendado para ventilação durante o transporte é o ventilador manual em "T" (*Baby Puff*).

No transporte de alto risco, um dos profissionais da equipe (Fisioterapeuta, Médico ou Enfermeiro) deverá ser eleito como responsável pela monitorização da ventilação e dos sinais vitais durante o transporte.

No transporte de médio e alto risco será necessária a utilização do Roteiro de Checagem do Transporte, que deverá estar disponível em todas as unidades assistenciais do HECAD.

O número e a categoria de profissionais envolvidos no transporte intra-hospitalar poderão variar, de acordo com as condições clínicas e o peso do paciente e com o número e complexidade de dispositivos invasivos e equipamentos utilizados.

A composição mínima respeitará as indicações descritas abaixo:

Quadro 16 - Composição mínima de profissionais no transporte hospitalar, de acordo com a classificação do risco do transporte.

Classificação	Composição mínima de profissionais
Baixo Risco	1 Técnico/Auxiliar de Enfermagem e 1 Condutor.
Médio Risco	1 Técnico/Auxiliar de Enfermagem, 1 Condutor e 1 Enfermeiro ou Médico.
Alto Risco	1 Enfermeiro, 1 Técnico de Enfermagem, 1 Médico, 1 Condutor e Fisioterapeuta*.

*O fisioterapeuta integrará a equipe de transporte quando o paciente estiver em ventilação mecânica, necessitando de altos valores da PEEP e/ou PInsp.

As precauções deverão ser cumpridas durante o transporte, considerando as condições clínicas do paciente em isolamento respiratório reverso e/ou por contato.

Quadro 17 - Especificação do uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI no profissional e no paciente, considerando o tipo de precaução, conforme protocolo da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde - CCIRAS.

Tipo de Precauções	Profissional	Cliente
Precauções por contato	Luvas de procedimento, Avental descartável	-
Precauções por aerossóis	Máscara N95	Máscara cirúrgica
Precauções por gotícula	Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica
Precaução de proteção/reverso	Luvas de procedimento, Avental descartável, Máscara cirúrgica	Máscara cirúrgica

No transporte de pacientes com precauções por contato, um profissional deverá ficar responsável em sinalizar o percurso, abrir portas, tocar maçanetas, acionar os botões do elevador e outros. Este profissional deverá estar sem luvas de procedimento e com as mãos higienizadas.

No transporte de alto risco de pacientes no período noturno, em unidades que não disponham de Médico e Fisioterapeuta durante este período, o Enfermeiro do setor deverá solicitar o apoio desses profissionais lotados em outras unidades assistenciais da Unidade.

Os profissionais da unidade que irão receber o paciente deverão ser informados da condição clínica dele (idade, peso, diagnóstico e padrão respiratório), das especificações dos dispositivos invasivos e medicações em uso, dos materiais/equipamentos necessários, da necessidade de adoção de precauções específicas e da hora exata da transferência.

Os *kits* de intubação traqueal, de medicamentos de emergência e de materiais de suporte deverão ser utilizados no transporte de alto risco.

Os *kits* de intubação traqueal e de materiais de suporte deverão estar disponíveis nas unidades de Internação e acondicionados em recipientes e em locais específicos.

O transporte do paciente, se não for de caráter de urgência/emergência, deverá ser evitado durante os horários de troca de plantões, bem como no horário de visitas. Se necessário no horário de visita, comunicar a família.

15.3 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Almeida, A.C.G; Neves, A.L.D; Douza, C.L.B; Garcia, J.H.; Lopes, J.L.; Barros, A.L.B.L. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. Acta Paul. Enferm. Vol.25 nº.3 São Paulo, 2012.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Atualização 3 de 31 de março de 2020. Brasília, 2020. 73p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal /. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Brunsveld-Reinders, A.H., Arbous, M. S., Kuiper, G.S.; Jonge, E. A comprehensive method to develop a checklist to increase safety of intra-hospital transport of critically ill patients. Critical Care. 2014.

Choi, H.K; Shin, S. Do.; Ro, Y.S.; Kim, Do. K.; Shin, S.H.; Kwak, Y.H. A before- and after-intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospital transport of emergency patients. American Journal of Emergency Medicine. 2012. 30, 1433–1440.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Parecer nº 05/2019/COFEN/CLTN. Atualização e Normatização da atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de paciente em ambiente interno aos serviços de saúde, 2018.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 588/2018. Normas para atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, 2018.

Fanara, B.; Manzon, C.; Barbot, O.; Desmettre, T.; Capelier, G. Recomendações para o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos. *Criticalcare*, 14: R87, 2010.

Morais, S.A.; Almeida, L.F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. *Revista HUPE*, v. 12, n. 3, p. 138-146, 2013.

Silva, R.; Amante, L.N. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Texto e Contexto – enfermagem*, vol.24, n.2, Florianópolis Apr/June, 2015.

Waydhas, C. Intrahospital transport of critically ill patients. *CritCare Med*.1999; 3(5):83-9.

World Health Organization - WHO. *Who Patient Safety Checklists*. 2014.

Zuchelo, L.T.S; Chiavone, P.A. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. *J BrasPneumol*. 2009;35(4):367-374.

16. PROTOCOLO CLÍNICO DE SEDAÇÃO E ANALGESIA EM PEDIATRIA

16.1. OBJETIVO

Orientar os profissionais do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD para o uso adequado de sedação/analgesia no paciente pediátrico, com a finalidade de evitar a síndrome de abstinência.

16.2. DIRETRIZ

16.2.1. Introdução

Devido à dor ser uma experiência subjetiva e pessoal, sua mensuração, por vezes, é esquecida nos prontuários, não sendo reconhecida ou inadequadamente conduzida.

No Brasil, o direito de não sentir dor, quando existem meios para evitá-la é garantido pelos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados.

Na prática hospitalar, crianças e adolescentes necessitam, frequentemente, de sedação e analgesia, quando atendidos em emergência.

Procedimentos invasivos e não invasivos fazem parte da rotina hospitalar, além das técnicas de diagnóstico e terapêutica em Pediatria. Prática essa que, frequentemente, é desconfortável para a criança, seus pais e profissionais da saúde.

Apesar de necessárias, a sedação e a analgesia podem ter efeitos adversos, necessitando de manejo em ambiente adequado e por profissionais capacitados.

DEFINIÇÕES

Dor: Experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais. Classifica-se a dor de acordo com que o paciente refere.

Sedação: Estado de depressão do nível de consciência induzido por drogas, em diferentes níveis de intensidade. De acordo com a dose administrada, podem levar à diminuição do nível de consciência até ao estado de inconsciência.

Sedação mínima: Estado induzido por drogas, durante o qual o paciente responde normalmente ao comando verbal, porém com algum comprometimento na coordenação e funções cognitivas.

Sedação moderada: Estado induzido por drogas, no qual o paciente responde ao comando verbal com ou sem leve estímulo tátil.

Sedação profunda: Estado de inconsciência induzido por drogas, no qual o paciente não apresenta resposta ao comando verbal e perde os reflexos protetores.

Anestesia: Estado induzido por drogas em que há perda total da consciência. Ocorre depressão respiratória e ausência de atividade neuromuscular.

Analgesia: Alívio ou supressão da dor.

Bloqueio neuromuscular: Usado para obter relaxamento dos músculos esqueléticos.

Tolerância: Diminuição no efeito da droga, com o passar do tempo, ou a necessidade de um aumento na dose do fármaco para obter o mesmo efeito.

Abstinência: Aparecimento de sintomas e sinais físicos (taquicardia, sudorese, agitação, tremores, febre, entre outros) em resposta à retirada ou à redução abrupta da droga.

Dependência física: Refere-se à necessidade do organismo em continuar a receber a droga, para evitar os sinais de abstinência.

SEDAÇÃO E ANALGESIA

A sedação leva a diminuição do estado de consciência, enquanto a analgesia reduz ou elimina a percepção da dor.

O alívio da dor em Pediatria está correlacionado com entendimento dos métodos de avaliação da dor e de seu uso.

A dor pode ser avaliada em crianças com uso de parâmetros fisiológicos, observação comportamental e autoavaliação pela própria criança.

A criança com dor pode apresentar sinais de taquicardia, dilatação pupilar, sudorese e vasoconstrição periférica.

ESCALAS DE DOR

- **Escala comportamental de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)**

O uso da escala é indicado para crianças de 2 meses aos 18 anos e indivíduos com problemas neurológicos até 19 anos impossibilitados de relatar a sua dor, não verbais ou com prejuízo da fala.

A escala correlaciona a dor com os seguintes indicadores comportamentais: expressão facial, movimentos das pernas, atividade, choro e consolabilidade, conforme demonstrado na tabela abaixo:

Figura 77 – Escala de FLACC

ESCALA DE FLACC			
Categorias	Pontuação		
	0	1	2
Face	Nenhuma expressão especial ou sorriso	Caretas ou sobrelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos bruscos
Choro	Sem choro, acordada ou dormindo	Gemidos ou choramingos; queixa ocasional	Choro continuado, grito ou soluço; queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Consolada por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraída	Difícil de consolar ou confortar

Cada um desses indicadores pontua de 0 a 2, os quais somados totalizam uma pontuação que varia entre 0 e 10, sendo a dor interpretada:

- 0: sem dor, confortável;
- 1 a 3: dor leve;
- 4 a 6: dor moderada;
- 7 a 10: dor intensa.

• Escala de COMFORT

Criada inicialmente para avaliar o nível de sedação, a Escala de COMFORT tem sido utilizada como ferramenta para avaliar a dor no pós-operatório e em crianças criticamente enfermas.

A escala avalia 8 parâmetros, sendo 2 fisiológicos (pressão arterial média e frequência cardíaca) e 6 comportamentais (alerta, calma/agitação, resposta respiratória, movimentos, tônus muscular e expressão facial).

Cada parâmetro é pontuado de 1 a 5, de acordo com os valores e comportamentos exibidos pelo paciente. A pontuação total varia de 8 a 40, sendo que os escores indicam:

- Escore menor que 17- sedação excessiva;
- Escore entre 17 e 26 – sedação adequada;

- Escore maior que 26- sedação insuficiente.

Figura 78 – Escala de sedação COMFORT

Tabela IV – Escala de Sedação COMFORT

Característica	Avallar	Pontos
Estado de vigília	Muito sonolento	1
	Levemente sonolento	2
	Acordado	3
	Completamente acordado e alerta	4
	Hiperalerta	5
Agitação	Calm	1
	Levemente ansioso	2
	Ansioso	3
	Muito ansioso	4
	Pânico	5
Resposta respiratória	Sem tosse	1
	Respiração espontânea com pouca resposta à ventilação	2
	Tosse ocasional com pouca resistência ao ventilador	3
	Respiração ativa contra o ventilador	4
	Competindo muito com o ventilador e com tosse	5
Movimentos físicos	Sem movimentos	1
	Leves movimentos ocasionais	2
	Leves movimentos freqüentes	3
	Movimentos vigorosos limitados às extremidades	4
	Movimentos vigorosos inclusive do dorso e cabeça	5
Pressão arterial (média)	Abaixo do basal	1
	Normal	2
	Aumentos raros de 15% do basal	3
	Aumentos freqüentes de 15% do basal	4
	Aumentos sustentados acima de 15% do basal	5
Freqüência cardíaca	Abaixo do basal	1
	Normal	2
	Aumentos raros de 15% do basal	3
	Aumentos freqüentes de 15% do basal	4
	Aumentos sustentados acima de 15% do basal	5
Tônus muscular	Músculos totalmente relaxados	1
	Tônus muscular reduzido	2
	Tônus muscular normal	3
	Aumento do tônus muscular e flexão dos dedos	4
	Rigidez muscular extrema e flexão dos dedos	5
Tônus facial	Músculos faciais totalmente relaxados	1
	Músculos faciais normais	2
	Tensão evidente de alguns músculos faciais	3
	Tensão facial evidente	4
	Músculos faciais contorcidos	5

Sedação excessiva 8-16; sedação adequada 17-26; sedação insuficiente 27-40.

• Escala Neonatal Infant Pain Scale - NIPS

A Escala de NIPS tem 6 indicadores de dor, avaliados de 0 a 2 pontos. Trata-se de uma escala de avaliação rápida, que pode ser utilizada em recém-nascidos a termo e pré-termo. A classificação da dor é realizada de acordo com a pontuação, a saber:

- 0: Sem dor;
- 1 a 2: dor fraca;
- 3 a 5: dor moderada;
- 6 a 7: dor forte.

Figura 79 – Escala Neonatal Infant Pain Scale – NIPS.

Tabela 1 Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	--
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	--
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	--
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	--
Estado de alerta	Dormindo e/ou calmo	Agitado e/ou irritado	--

Presença de dor: pontuação > 3. Adaptado de Lawrence et al.¹⁵

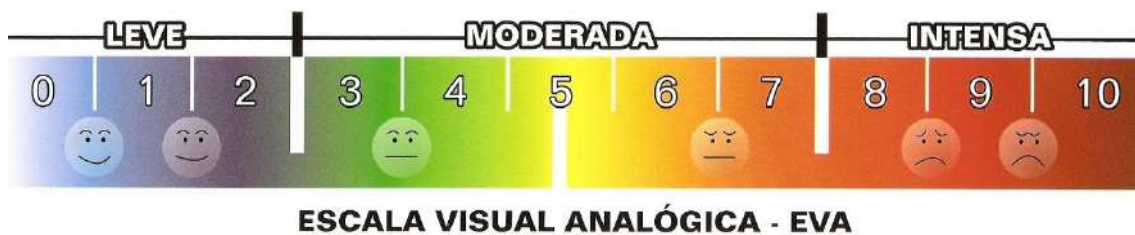
• Escalas faciais

Em crianças menores, as escalas faciais baseadas em figuras são de fácil manejo. A escala mostra uma série de rostos variando de um rosto feliz em 0, ou “sem dor”, a um rosto chorando em 10, que representa “dói como a pior dor imaginável”.

A escala facial mais conhecida e utilizada na prática em saúde é a Escala Visual Analógica – EVA. Ela é um instrumento importante para verificar a evolução do paciente durante o tratamento, e mesmo a cada atendimento, de maneira fidedigna.

Também é útil para poder analisar se o tratamento está sendo efetivo, quais procedimentos têm surtido melhores resultados, assim como se há alguma deficiência no tratamento, de acordo com o grau de melhora ou piora da dor.

Figura 80 – Escala Visual Analógica - EVA.



TRATAMENTO

Tratamento não farmacológico da dor

As medidas não farmacológicas têm se demonstrado úteis na redução do estresse e da ansiedade em crianças submetidas a procedimentos invasivos.

Pode-se utilizar medidas físicas, como massagem, estimulação de calor e frio, controle da luz e ruídos, além de permanência de pais e cuidadores na unidade e acupuntura.

Também, citam-se medidas comportamentais, tais como exercícios, condicionamento operante, respeito ciclo sono, relaxamento, musicoterapia, arte e ludoterapia. Ainda, medidas cognitivas, como distração, imaginação, hipnose e psicoterapia também podem ser utilizadas.

Tratamento farmacológico da dor

A escolha da medicação usada durante o processo de sedação e analgesia deve estar correlacionado com os procedimentos ao qual o paciente será submetido, tempo de sedação e/ou analgesia.

As principais medicações utilizadas em Pediatria são:

Tabela 11 – Principais sedativos em Pediatria.

Droga	Dose Pediátrica	Início	Duração	Observação
Hidrato decloral	VO: 25-75mg/kg Após 30 minutos, pode-se repetir de 25-50 mg/ kg Dose máxima: 1g (lactentes) e 2g (crianças) ou 120mg/kg Dose máx. diária: 2 g	VO: 10 a 20 minutos	VO: 4 a 8 horas	Efeitos não confiáveis se idade > 3 anos. Não interfere no eletroencefalograma.
Diazepam	EV: dose inicial : 0,4 a 0,3mg/ kg a cada 2-4 horas Dose máxima: 0,6mg/kg/8horas	EV: 1 a 3 minutos	EV: 15 a 30 minutos	Sedação, controle motor, redução de ansiedade, sem efeito analgésico. Maior depressão respiratória quando usado com combinação com outros neurodepressores.
Lorazepam	VO: 0,05 mg/kg/dose a cada 4 a 8 horas (0,02 a 0,1 mg/kg/dose) Dose máxima: 2mg	VO: 60 minutos	VO: 8 a 12 horas	Meia vida longa, usado para o tratamento de abstinência.

Midazolam	EV: 0,05 a 0,5 mg/ kg/dose Dose máxima: 20mg Dose inicial: 0,06 a 0,12mg/kg/hora Titular até o efeito desejado IM: 0,1 a 0,5mg/kg Dose máxima: 10 mg IN: 0,2 a 0,3mg/kg	EV: 1 a 5 minutos; IM, IN: em até 5 minutos	EV: 20 a 30 minutos IM: 2 horas (até 6 horas) IN: 30 a 60 minutos	Sedação, controle motor, redução de ansiedade, sem efeito analgésico. Maior depressão respiratória quando usado em combinação com outros. Usar doses menores para sedação consciente em procedimentos (0,05 a 0,1mg/kg até 10mg).
Propofol	EV:1 mg/kg, seguido por 0,5mg/kg, Em doses repetidas, conforme necessário	EV: 30 segundos	EV: 3 a 10 minutos	Sedação rápida e curta. Hipotensão, Depressão respiratória, Diminuição da PIC. Pode causar dor à infusão, Apneia e bradicardia.
Tiopental	EV: 1 a 3 mg/kg/dose Dose máxima: 6mg/kg ou 150 a 200mg/dose	EV: <1 minuto	EV: 15 minutos	Hipotensão, laringo-espasmo, Depressão respiratória; Diminuição da PIC.

Tabela 12 – Principais analgésicos em Pediatria.

Droga	Dose Pediátrica	Início	Duração	Observação
Dipirona	VO/ EV: 15mg/kg/dose a cada 6 horas Dose máxima: 25mg /kg/dose	30 minutos	6 horas	Náuseas e vômitos, dor abdominal, diarreia e erupções cutâneas. Raros: anafilaxia, agranulocitose, Stevens Johnson, distúrbios renais e hemorrágicos.
Paracetamol	VO: 10 a 15mg/kg/dose a cada 6 horas Dose diária máxima: 75mg/kg/dia	30 minutos	6 horas	Náuseas e vômitos, Erupção cutânea (raro), hepatotoxicidade em doses altas. Uso crônico:

				lesão renal, neutropenia e pancitopenia.
Ibuprofeno	VO: 4 a 10 mg / kg a cada 6 ou 8 horas Dose diária máxima: 40mg/kg/dia	30 minutos	6 horas	Uso crônico risco de sangramento gastrointestinal e toxicidade renal.
Cetoprofeno	VO/EV: 1mg/kg/dose a cada 6 ou 8 horas	30 minutos	6 horas	Uso crônico: risco de sangramento gastrointestinal e toxicidade renal.
Tramadol	IV: 1-2mg/kg/4-6h Infusão: 0.2-0.4 mg/kg/h Dose máxima: 400mg/dia	10 minutos	6horas	Boa tolerância hemodinâmica. Menos depressão respiratória.
Morfina	Analgesia:EV,IM: 0,05 a 0,2 mg/kg/dose Dose máxima: 15 mg VO: 0,2 a 0,5 mg/kg/dose Infusão inicial: 20 a 30µg/kg/h Titular até efeito desejado	EV: 5 a10 minutos VO: 1 hora	EV, IM: 3 a 5 horas VO: 3 a 5 horas	Depressão respiratória. Reduzir a dose quando usado em combinação com os benzodiazepínicos; Liberação de histamina. Contraindicado na asma grave. Diminuição da motilidade intestinal.
Metadona	0,05 a 0,2mg/kg A cada 4 a 6 horas, VO. Dose máxima: 10mg/kg.	45 min	8 a 12 horas	Tem sido cada vez mais usada no tratamento e na prevenção da abstinência e da dependência; Efeito acumulativo que pode levar à sedação mais prolongada que a desejada.

Fentanil	EV: 1 a 4µcg/kg/dose Infusão:0,5 a 5µcg/kg/h	EV: quase imediata	EV: 30 a 60 minutos	Depressão respiratória. Reduzir a dose quando usado em combinação com benzodiazepínicos; Infusão rápida pode causar rigidez torácica. Diminuição da motilidade intestinal.
-----------------	--	-----------------------	------------------------	---

Tabela 13 – Principais drogas dissociativas em Pediatria.

Droga	Dose Pediátrica	Início	Duração	Observação
Ketamina	EV: 0,5 a 2mg/kg Infusão:5 a 20mcg/kg/min Titular para o efeito desejado IM: 3 a 7mg/kg	EV: 30 segundos IM: 3 a 4 minutos	Dissociação: EV: 5 a 10min IM 12 a 25 min Recuperação: EV: 1 a 2 horas IM:3 a 4horas	Propriedades analgésicas e sedativas. Sonhos desagradáveis ou alucinações raras em crianças. Frequentemente administrado com atropina ou glicopirrolato para controlar hipersalivação. Aumenta a PIC. Pode melhorar o broncoespasmo.

Tabela 14 – Principais drogas dissociativas em Pediatria.

Droga	Dose Pediátrica	Início	Duração	Observação
Dexmedetomidina	IV: 1-2 µg/kg IM: 1 - 4,5 mcg/kg Infusão :0,2 - 0,75 µg/kg/h	2- 5 minutos	2 horas	Fornecer uma “sedação consciente” e analgesia, sem depressão respiratória. Efeitos analgésicos, levando a uma menor utilização dos opioides. Diminuição na frequência cardíaca. Aumento na pressão arterial. -Raros casos de hipotensão.

Tabela 15 – Principais drogas Antagonistas (fármacos de reversão) em Pediatria.

Droga	Dose Pediátrica	Início	Duração	Observação
Naloxona (Antagonista a opioides)	EV ou IM: 0,1mg/kg/dose até no máximo 2mg/kg/dose Pode-se repetir a cada 2 minutos, se necessário	EV: em até 2 minutos IM: 2 a 5 minutos	EV, IM: 20 a 60 minutos	Se o efeito de reversão for menor, pode ser necessário o uso de doses seriadas. Doses repetidas podem ser necessárias por duração do efeito menor do que a maioria dos opioides.
Flumazenil (Antagonista benzodiazepínicos)	EV: 0,021 mg/kg/dose. Dose máxima: 0,2mg Pode-se repetir a cada 1 minuto até 0,05 mg/kg ou 1mg	EV: 1 a 3 minutos	EV: <1 hora	Se o efeito de reversão for menor, pode ser necessário uso de doses seriadas. Doses repetidas podem ser necessárias por duração do efeito menor do que a de outros benzodiazepínicos. Pode causar aumento da PIC, redução do limiar convulsivo.

Bloqueadores Neuromusculares

Tabela 16 – Principais Bloqueadores Neuromusculares em Pediatria.

Droga	Ação	Dose	Início	Duração	Vantagens	Comentários
Succinilcolina	Despolarizante	1-2mg/kg Não se usa em infusão contínua	Imediato	3-5 minutos	Curta duração (intubação)	Hiperpotassemia. Fasciculações.
Vecurônio	Não despolarizante	Bolo inicial: 0,08-0,2 mg/kg Infusão: 0,08-0,2 mg/kg/h	2-4 horas	20 minutos	Sem efeitos cardiovasculares	Debilidade Muscular.
Pancurônio	Não despolarizante	Bolos inicial: 0,1 mg/kg/h Infusão: 0,1mg/kg/h	2-4 horas	30-45 minutos	Maior duração	Taquicardia, aumento de PIC.
Atracúrio	Não despolarizante	Bolos inicial: 0,3-0,6 mg/kg/h Infusão: 0,3-0,6 mg/kg/h	2-3 horas	25-30 minutos	Não metabolizado no fígado e rim	Broncoespasmo Bradycardia
Rocurônio	Não despolarizante	Bolos inicial: 0,6-1,2 mg/kg/h	1-2 horas	30-40 minutos	Sem alterações	Taquicardia com Altas doses.

MANEJO DE DOR EM PEDIATRIA

O princípio básico para manejo da dor está correlacionado ao uso correto de medicamentos analgésicos, levando-se em consideração a estratégia da escada analgésica, a dosagem em intervalos regulares, usando a via de administração apropriada e o tratamento individualizado para cada criança;

A Organização Mundial de Saúde - OMS lançou, em 1986, o sistema de escadas para o tratamento da dor oncológica. Esse sistema consiste em 3 (três) degraus e é o primeiro modelo utilizado e aceito de forma universal para o controle da dor.

A escada analgésica é um algoritmo simples e razoável para o tratamento da dor e baseia-se na gravidade da dor segundo descrito abaixo:

- **Primeiro degrau:** Tratamento da dor leve – recomenda-se os AINES e os analgésicos comuns. Em crianças com mais de 3 meses de idade que podem tomar medicamentos via oral, o paracetamol e o ibuprofeno são os medicamentos de escolha. Para crianças com menos de 3 meses de idade, a única opção é o paracetamol.
- **Segundo degrau:** Utilizado para o tratamento de dores leves a moderadas e inclui a adição de um opioide fraco, quando houve falha na prescrição anterior. Para as crianças é indicado o tramadol.
- **Terceiro degrau:** Substitui o opioide fraco por um forte que, no Brasil, inclui a morfina, recomendado para o controle de dores moderadas a graves que não são aliviadas com a prescrição do segundo degrau.

Tratar a dor em intervalos regulares

Quando a dor está constantemente presente, analgésicos devem ser administrados, enquanto os efeitos colaterais são monitorados, em intervalos regulares.

A medicação deve ser administrada em um cronograma regular para dor persistente, ao invés de “conforme necessário”, a menos que os episódios de dor sejam realmente intermitentes e imprevisíveis. As crianças devem, portanto, receber analgésicos em intervalos regulares, com adição de doses de resgate para dor intermitente e surto.

Tratamento da dor pela via apropriada

Os medicamentos devem ser administrados às crianças pela via mais simples, eficaz e menos dolorosa, tornando as formulações orais a via de administração mais conveniente e menos dispendiosa.

A escolha de vias alternativas de administração, como EV, SC, retal ou transdérmica, quando a VO não estiver disponível, deve ser baseada no julgamento clínico, disponibilidade e preferência do paciente.

A via de administração IM é dolorosa e deve ser evitada.

16.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Bartolome, S.M.; Cid, J.L.; Freddi, N. Sedação e analgesia em crianças: uma abordagem prática para as situações mais frequentes. J Pediatr. 83(2):S71-82, 2007.

Lago, P.M., et al. Analgesia e sedação em situações de emergência e unidades de tratamento intensivo pediátrico. J Pediatr 79:S223-S230, 2003.

Piva e Celiny. Medicina Intensiva em Pediatria. 2 Ed. São Paulo: Revinter, 2014.

Silva, Y.P., et al. Sedação e analgesia em neonatologia. Rev. Bras. Anesthesiol, 57:5, p. 575-587, 2007.

17. MENINGOENCEFALITES

17.1.1. OBJETIVO

Normatizar e padronizar as diretrizes para o atendimento multidisciplinar de casos de meningoencefalites em pacientes admitidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

17.2. DIRETRIZ

As meningoencefalites são processos inflamatórios ou infecciosos agudos das meninges (membranas leptomeníngicas) e espaço subaracnóideo, envolvendo encéfalo e medula espinhal.

Podem ser causadas por bactérias, vírus, fungos, ou podem ter causas não infecciosas, como colagenoses, neoplasias ou hemorragias subaracnóideas, sendo consideradas doenças graves, com alta mortalidade e morbidade.

São doenças de notificação obrigatória em 24 horas a partir do diagnóstico, para início imediato das medidas de controle.

A etiologia mais provável depende da idade:

- 0 a 1 mês: Streptococcus agalactiae do grupo B, Listeriamonocytogenes, Gram-negativos (E. coli e Klebsiella SP);
- 1 a 3 meses: Streptococcus grupo B, Listeriamonocytogenes, Escherichia coli;
- 4 meses a 5 anos: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae B, Neisseria meningitidis;
- 5 anos: Neisseria meningitidis e Streptococcus pneumoniae.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Há suspeita clínica de meningoencefalites em qualquer quadro agudo infeccioso, mesmo com outro foco já identificado, quando acompanhado de prostração, letargia, hipoatividade, alteração do nível de consciência, cefaleia, náuseas, vômitos associados ou não a sinais de irritação meníngea, convulsão, coma, abaulamento de fontanela, rash purpúrico ou petequial, hipotensão ou hipertensão, irritabilidade, choque, sepse, sinais neurológicos focais.

Anamnese: Verificar história prévia de trauma ou procedimento cirúrgico, imunodeficiência, meningoencefalite, anemia falciforme, síndrome nefrótica, contato com doença infecciosa ou com água de chuva. Verificar sintomas associados de parotidite, orquite, gastroenterite, erupções cutâneas, linfadenopatias, vesículas genitais, mialgias, sintomas respiratórios.

Exame físico: Além dos sintomas de irritação meníngea clássica (rigidez de nuca e sinais de Kernig e Brudzinsky), avaliar com atenção: temperatura axilar, sinais cutâneos, presença de fístula, sinais sistêmicos, fontanela e sinais neurológicos focais ou sistêmicos.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A confirmação é feita pelo exame de líquido, que deve ser realizado imediatamente em todos os casos suspeitos, sendo contraindicado apenas em casos com suspeita de hipertensão intracraniana, instabilidade hemodinâmica grave, infecção no local da punção e trombocitopenia relativa. Nesses casos, é recomendada a terapia antimicrobiana empírica e deve-se pedir citologia global e específica, glicorquia, cloretos, proteínas, bacterioscopia pelo Gram, látex e cultura.

Além do exame de líquido, devem ser solicitados hemograma completo, coagulograma, hemocultura, ureia, creatinina, eletrólitos, glicemia e, conforme o caso, avaliar necessidade de radiografia de tórax e seios da face, tomografia de crânio, ultrassonografia transfontanela, EAS e urinocultura, gasometria e cultura de lesão de pele.

TRATAMENTO

Meningite bacteriana

- Recém-nascido: ampicilina (200 a 400 mg/kg/dia EV de 6/6 h) associada a gentamicina (7,5 mg/kg/dia EV de 24/24 h) ou ceftriaxona (100 mg/kg/dia EV de 12/12 h);
- 1 mês a 6 anos: ceftriaxone (100 mg/kg/dia EV de 12/12 h);
- Acima de 6 anos: penicilina cristalina (200.000 a 400.000 UI/kg/dia EV de 6/6 h) ou ceftriaxone (100 mg/kg/dia EV de 12/12 h);
- Duração do tratamento: 8 dias para *meningococo*, 10 a 14 dias para *pneumococo* ou *haemophilus*, 14 a 21 dias para meningite neonatal.

Meningoencefalite viral (herpética)

- Iniciar aciclovir 30 mg/kg/dia EV de 8/8 h, por 10 a 14 dias.

Meningite tuberculosa

- Rifampicina 20 mg/kg/dia – máximo 600 mg VO 24/24 h;
- Hidrazida 20 mg/kg/dia VO 24/24 h – máximo 400 mg;
- Pirazinamida 35 mg/kg/dia VO 24/24 h – máximo 2000 mg.
- Manter por 3 meses e depois por mais 9 meses sem pirazinamida.

MEDIDAS ADICIONAIS E GERAIS

- Pausa alimentar por 24 a 48 horas, de acordo com a gravidade do caso;
- Precauções de gotículas nas primeiras 24 horas de tratamento;
- Monitorização dos sinais vitais;
- Garantir estabilidade hemodinâmica;
- No caso da tuberculose, manter por 1 mês;

- Evitar hiperhidratação e atentar para a possibilidade de secreção inapropriada de hormônio antidiurético.

QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia está indicada para contactantes intradomiciliares e íntimos, para profissionais de saúde que fizeram respiração boca a boca, intubação orotraqueal, aspiração de secreções respiratórias e exame de fundo de olho sem uso de máscara. Medicamentos recomendados:

- Rifampicina: 20mg/kg/dia para crianças e 600mg para adultos, a cada 12 horas, VO durante 2 dias. Em gestantes, usar ceftriaxona 250mg IM, dose única;
- Meningite por *haemophilus-influenzae* tipo B: indicada para contatos intradomiciliares, quando existir outra criança com menos de 5 anos, ou quando há um caso de creches e pré-escola, sendo preconizado para todas as crianças da Unidade;
- Rifampicina: 20mg/kg/dia para crianças e 600mg para adultos, a cada 24 horas, VO, durante 4 dias. Em gestantes, usar ceftriaxona 250mg IM, dose única.
- Dexametasona (0,15 mg/kg/dose, EV de 6/6 h) por 4 dias para reduzir o risco de sequelas auditivas, iniciando de preferência antes do antibiótico.

17.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Barbosa, A.P. Conduitas de urgência em pediatria. São Paulo: Atheneu, 2006.

Bevilacqua, C.C.; Moraes, S.R.S.; Fernandes, M. F.; Costa, A.M.; Rodrigues M.C.F. Emergências Pediátricas do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira - Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG - UFRJ). São Paulo: Atheneu, 2001.

18. DOENÇAS E PRECUAÇÕES

18.1. OBJETIVO

Realizar vigilância e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - IRAS causadas por microrganismos multirresistentes em pacientes admitidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

18.2. DIRETRIZ

INFECÇÕES/ SÍNDROMES CLÍNICAS	PRECAUÇÃO	DURAÇÃO
Acidentes por animais peçonhentos	Padrão	-----
Abcesso sem curativo ou com secreção - NÃO CONTIDA	Contato	Até redução da secreção
Abcesso com curativo ou com secreção - CONTIDA	Padrão	-----
Actinomicose	Padrão	-----
AIDS	Padrão	-----
Aspergilose	Padrão	-----
Bactérias Multirresistentes	Contato	1 ano
Botulismo	Padrão	-----
Brucelose	Padrão	-----
Cancro mole (cancroide)	Padrão	-----
Candidíase	Padrão	-----
Caxumba	Gotículas	Até 9 dias após o início do edema
Celulite	Padrão	-----
Cisticercose	Padrão	-----
Citomegalovírus	Padrão	-----
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	Padrão	-----
Conjuntivite bacteriana	Padrão	-----
Conjuntivite viral	Contato	Durante a doença
Cólera	Contato	Vide gastroenterite

INFECÇÕES/ SÍNDROMES CLÍNICAS	PRECAUÇÃO	DURAÇÃO
Coqueluche	Gotículas	Até 21 dias do início da tosse ou por até 7 dias após início do tratamento
COVID-19	Aerossóis e Contato	Assintomáticos/ sintomas leves: 10 dias Sintomas moderados/ graves: 21 dias Imunossuprimidos: avaliar caso a caso
Criptococose em SNC ou não	Padrão	-----
Cromomicose	Padrão	-----
Dengue	Padrão	-----
Diarreia	Ver gastroenterite	Vide gastroenterite
Difteria cutânea	Contato	Ao menos 2 culturas negativas com intervalo de 24 horas
Difteria faríngea	Gotículas	Ao menos 2 culturas negativas com intervalo de 24 horas
Endocardite	Padrão	-----
Erisipela	Padrão	-----
Escabiose	Contato	Até 24 horas após início do tratamento
Escarlatina	Gotículas	Até 24 horas após início do tratamento
Esporotricose	Padrão	-----
Esquistossomose	Padrão	-----
Febre Amarela	Padrão	-----
Furunculose	Padrão	-----
Gangrena Gasosa	Padrão	-----
Gastroenterite por <i>Clostridium difficile</i>	Contato	Durante a doença

INFECÇÕES/ SÍNDROMES CLÍNICAS	PRECAUÇÃO	DURAÇÃO
Gastroenterite por Rotavírus	Contato	Durante a doença
Gastroenterite por Shigela	Contato	Durante a doença
Gonorreia	Padrão	-----
<i>Guillain Barre</i>	Padrão	-----
Hanseníase	Padrão	-----
Hantavirose	Padrão	-----
Hepatites B, C, D	Padrão	-----
Herpes simples	Padrão	-----
<i>Herpes zoster</i> em paciente idoso ou potencialmente imuno comprometido	Aerossóis/Contato	Durante a doença
Histoplasmose	Padrão	-----
Impetigo	Contato	Até 24 horas após início do tratamento
Influenza (Sazonal, A-H1N1, Aviária)	Gotículas	Por no mínimo 5 dias em adultos e 10 dias em crianças
Leishmaniose	Padrão	-----
Leptospirose	Padrão	-----
Linfogranuloma venéreo	Padrão	-----
Malária	Padrão	-----
Meningites Bacterianas	Gotículas início do ATB	Até 24 horas após início do tratamento
Meningites Fúngicas	Padrão	-----
Meningites Virais	Padrão	-----
Micobacteriose Atípica (pulmonar ou cutânea)	Padrão	-----

INFECÇÕES/ SÍNDROMES CLÍNICAS	PRECAUÇÃO	DURAÇÃO
Micoplasma	Gotículas	Durante a doença
Mononucleose infecciosa	Padrão	-----
Neurocisticercose	Padrão	-----
Pediculose	Contato	Até 24 horas após início do tratamento
Raiva	Padrão	-----
Rubéola	Gotículas	Até 7 dias após início do <i>rash</i>
Rubéola congênita	Contato	Até 1 ano de idade, a menos que culturas de nasofaringe e urina sejam negativas para o vírus, após 3 meses de idade
Sarampo	Aerossóis	Até 4 dias após início de <i>rash</i>
Sífilis	Padrão	-----
Tétano	Padrão	-----
Toxoplasmose	Padrão	-----
Tuberculose pulmonar ou laríngea	Aerossóis - só se pulmonar ou laríngea. Demais, inclusive se for só pleural = padrão	Comprovada – até 14 dias após início do tratamento. Suspeita – 2 BAAR ou 1 lavado brônquico ou 1 PCR (negativos) – Precaução Padrão
Lesão por pressão infectada SEM secreção contida	Contato	Até redução da secreção
Varicela	Aerossóis e Contato	Até que todas as lesões estejam em fase de crosta

18.3 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Lopes, L.K.O; Simões, L.L.P. Guia de Bolso-Prevenção e Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde, Goiânia, 2012.

Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – APECIH. Precauções e Isolamento. 2 Ed. São Paulo, 2012.

19. PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DISSEMINAÇÃO DE MICRORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

19.1. OBJETIVO

Prevenir e controlar a disseminação de microrganismos multirresistentes em pacientes admitidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

19.2. DIRETRIZ

Todo e qualquer paciente que for admitido no HECAD, que tenha permanecido por mais de 48 horas em outra instituição nos últimos 30 dias, ou paciente proveniente de *Home Care* ou clínicas de hemodiálise, deverão ser recebidos em Precaução de Vigilância, por meio das seguintes medidas:

- Solicitar *swab* nasal para pesquisa de MRSA, *swab* retal para pesquisa de VRE, *swab* axilar/inguinal para pesquisa de Gram negativo e cultura de ferida exsudativa.
- Realizar limpeza e desinfecção concorrente de toda a Unidade do paciente em Precaução de Contato, 2 vezes ao dia;
- Realizar limpeza e desinfecção terminal de toda a Unidade do paciente, inclusive os de Precaução de Contato, a cada 7 dias e/ou alta, óbito, transferência;
- Realizar rodízio de leitos a cada 15 dias na Unidade de Terapia Intensiva - UTI, se possível.

19.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relaciona à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

20. ATENDIMENTO AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM FRATURAS DO MEMBRO SUPERIOR

20.1. OBJETIVO

Normatizar a condução do diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes pediátricos com fraturas de membro superior em pacientes admitidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

20.2. DIRETRIZ

20.2.1 Fraturas proximais do úmero em crianças

São fraturas responsáveis em menos de 5% das fraturas em crianças. Os neonatos podem sofrer na fise umeral proximal durante trabalho de parto.

Abordagem diagnóstica

Há presença de dor, edema, hematoma, disfunção do membro e palpação anterior do fragmento da diáfise proximal associada a crepitações. O braço é mantido em rotação interna para evitar a tração do peitoral maior sobre o fragmento distal.

Exames Complementares

A avaliação radiográfica inicial deve ter as incidências da “série trauma” do ombro: AP verdadeiro, perfil escapular, e perfil axilar, com incidências comparativas com o lado oposto, se necessárias.

Tomografia Computadorizada - TC pode ser útil para ajudar no diagnóstico e planejamento terapêutico nas luxações posteriores e fraturas complexas.

Classificação (Neer-Horowitz) - Das Fraturas da Placa Umeral Proximal

- Grau I – desvio < 5 mm;
- Grau II – desvio < $\frac{1}{3}$ da largura da diáfise;
- Grau III – desvio de $\frac{1}{3}$ a $\frac{2}{3}$ da largura da diáfise;
- Grau IV – > $\frac{2}{3}$ da largura da diáfise, inclusive desvio total.

Tratamento

Depende da idade do paciente e do padrão da fratura.

Conservador

Recém-nascidos:

- Prognóstico bom, US pode ser usado para orientar a redução;
- Redução incruenta é o Tratamento de escolha;
- Fratura estável: o braço é imobilizado ao tórax 5-10 dias;

- Fratura instável: o braço é abduzido e rodado externo durante 3-4 dias para permitir formação de um calo.

Idade de 1 – 4 anos

- Redução fechada e tipoia por 10 dias.

Idade de 5-12 anos

Redução fechada se:

- Estável: Tipoia e atadura;
- Instável: O braço e colocado em pinça-de-confeiteiro por 2-3 semanas, após as quais pode ser colocado em tipoia com atividade progressiva.

Idade 12 anos até maturidade

- Redução fechada, lembrar do menor potencial de remodelação;
- Fratura estável: Tipoia e atadura 3 semanas, seguidas por exercícios de amplitude de movimento;
- Fratura instável e *Salter-Harris* tipo IV gesso, com o braço na posição de saudação 3 semanas.

Deve-se considerar uma estabilização cirúrgica para as fraturas com desvios em adolescentes.

Parâmetros Aceitáveis De Deformidade

- Idade 1-4: 70 graus com qualquer grau de desvio;
- Idade 5-12: 40-45 graus de angulação e desvio de metade da largura da diáfise;
- Idade 12 até a maturidade: 15-20 graus de angulação e desvio < 30% da largura da diáfise.

Indicações de Tratamento cirúrgico

- Fratura exposta;
- Comprometimento neurovascular associado às fraturas;
- *Salter Harris* tipo III-IV com desvio;
- Fraturas Irredutíveis com interposição de partes moles.

20.2.2 Fraturas da clavícula em crianças

São as fraturas mais frequentes em crianças (8-15% de todas as fraturas pediátricas).

Abordagem diagnóstica

Massa dolorosa palpável na clavícula, crepitações e equimoses. As condições neurovasculares devem ser avaliadas, pois podem ocorrer lesões do plexo braquial associadas.

Exames Complementares

Solicitar a incidência em AP da clavícula e esta é suficiente, podendo solicitar ZANKA para esclarecimento da fratura. TC pode ser solicitada nos casos de esclarecimento de fraturas mediais e suspeita de luxação.

Classificação (*Dameron e Rockwood*)

- Tipo I – Terço médio (mais comum);
- Tipo II – Terço lateral (distal aos ligamentos córaco-claviculares);
- Tipo III – Terço proximal (medial).

Tratamento

Conservador

Recém-nascido – 2 anos de idade;

Bandagem em forma de 8 ou tipoia 2-4 semanas.

Idade 2-12 anos

Bandagem em forma de 8 ou tipoia 3-4 semanas.

Cirúrgico

Fraturas expostas ou com comprometimento neurovascular.

20.2.3 Lesões acrômio claviculares em crianças

Rara em crianças com menos de 16 anos de idade. Lesões atléticas e quedas compõem a maioria das lesões acromioclaviculares com trauma direto do acrômio.

Abordagem diagnóstica

O paciente deve ser examinado com o membro pendente (ortostatismo ou assetado). O exame físico mostrará dor e limitação de amplitude de movimento.

Diferente da lesão do adulto, nas crianças os ligamentos coracoclaviculares permanecem íntegros.

Exames Complementares

Pede-se a série de trauma para ombro (AP, PERFIL, AXILAR), podendo ser avaliada a lesão ligamentar com RX de stress em que pesos de 2 a 5 kg são presos aos punhos, obtendo-se um RX AP de ambos os ombros para comparação.

Classificação (*Dameron e Rockwood*)

- Tipo I – Entorse leve;
- Tipo II – Ruptura parcial do tubo periósteo com leve instabilidade da clavícula, ligeiro aumento espaço acromioclavicular nas radiografias;
- Tipo III – Divisão longitudinal do tubo periósteo, desvio 25-100%;
- Tipo IV – Desvio posterior da clavícula distal;
- Tipo V – Lesão tipo III com desvio > 100%;
- Tipo VI – Luxação infracoracoide da clavícula distal.

Tratamento

Conservador

Tipos I, II, III com imobilização, crioterapia.

Cirúrgico

Tipos IV, V, VI, associadas as complicações neurovasculares.

Luxações glenoumerais em crianças

Rara em crianças, correspondendo a 90% são anteriores.

Abordagem diagnóstica

Luxação anterior

- Dor, manutenção do membro em rotação externa e abdução;
- Sinal da DRAGONA;
- Avaliar a sensibilidade do deltoide, testando, assim, o nervo axilar;
- Avaliar também a região ântero-lateral do antebraço, testando, assim, o nervo músculo-cutâneo.

Luxação posterior

- Membro é mantido na posição rotação interna e abdução, na maioria das vezes o ombro não apresenta deformidade, lembrar do choque elétrico como principal mecanismo;
- Avaliar a sensibilidade do deltoide, testando, assim, o nervo axilar;
- Apresenta rotação externa limitada < 0 grau e elevação anterior < 90 graus.

Luxações atraumáticas

- Os pacientes apresentam histórias de luxações recorrentes e redução espontânea;
- Sinal do sulco, lassidão ligamentar múltipla das articulações.

Luxações Superiores e Inferiores

- Extremamente raras em crianças;
- Podem estar associadas a patologias hereditárias como síndrome de *Ehlers-Danlos*.

Exames Complementares

- Série de trauma do ombro (AP, PERFIL, AXILAR), incidências adicionais de *West-point, Hill-Sachs, Stryker*;
- TC pode ser útil nas definições da cabeça umeral ou fraturas da glenoide, corpos livres e lesões ósseas labrais anteriores (*Bankart*).

Tratamento

- Manobras de redução.
- Após as reduções, são mantidos os membros na tipoia por 4 semanas. Com posteriores exercícios de fortalecimento fisioterápico.

20.3 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica.

21. PROTOCOLO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA PEDIATRIA

21.1. OBJETIVO

Descrever o protocolo para realização de Endoscopia Digestiva Alta – EDA e Colonoscopia na Pediatria do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, com suas indicações e manejo clínico.

21.2. DIRETRIZ

21.2.1. PROCEDIMENTO

A EDA é um exame capaz de diagnosticar várias doenças. O processo é simples e dura poucos minutos, mas pode ocorrer algumas dúvidas ou medos por conta de o paciente precisar passar por uma sedação e precisar “engolir” uma microcâmera.

Indicações

- Sangramento gastrointestinal crônico;
- Disfagia crônica;
- Avaliação de hipertensão portal;
- Investigação de doença celíaca;
- Dor abdominal recorrente;
- Vômitos de repetição;
- Anemia por deficiência de ferro;
- Controle de tratamento de úlcera péptica;
- Investigação de epigastralgia refratária ao tratamento;
- Doença do Refluxo Gastroesofágico - DRGE;
- Ingestão de cáustico para avaliação de dilatação endoscópica;
- Retirada de corpo estranho;
- Posicionamento de Sonda nasoenteral;
- Retirada de material para biópsia;
- Sangramentos;
- Ligadura elástica por secção.

Manejo clínico

É importante considerar na abordagem inicial do paciente: história clínica, tempo de evolução, tratamentos realizados, medicações em uso e patologias associadas.

Nos casos de anemia, deve-se avaliar o hematócrito e hemoglobina do paciente.

Quadro 18 - Classificação de risco para realização de Endoscopia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
VERMELHO	Ingestão de cáustico. Após 30 dias, reavaliar de dilatação endoscópica. Retirada de corpos estranhos. Sangramentos de urgência.
AMARELO	Sangramento gastrointestinal crônico. Disfagia crônica. Avaliação de hipertensão portal. Investigação de doença celíaca.
VERDE	Dor abdominal recorrente. Vômitos de repetição. Perda de peso progressivo. Anemia por deficiência de ferro. Controle de tratamento de úlcera péptica. Investigação de epigastralgia refratária ao tratamento. DRGE. Posicionamento de Sonda nasoenteral. Retirada de material para biópsia; ligadura elástica.
AZUL	---

Protocolo para realização de colonoscopia pediátrica

A colonoscopia ou endoscopia digestiva baixa é um exame que serve para observar o intestino grosso (cólon). Em determinadas situações, ele permite, também, a observação de alguns centímetros da porção final do intestino delgado.

INDICAÇÕES

- Investigação de sangramento gastrointestinal;
- Investigação de anemia, e/ou emagrecimento;
- Investigação de diarreia crônica e/ou dor abdominal;
- Suspeita de Doença Inflamatória Intestinal - DII;
- Seguimento de pólipos, colites, doenças inflamatórias intestinais e tumores.

MANEJO CLÍNICO

É importante considerar na abordagem inicial do paciente: história clínica, tempo de evolução, tratamentos realizados, medicações em uso e patologias associadas. Em caso de anemia, é recomendado avaliar o hematócrito e hemoglobina do paciente.

Quadro 19 - Classificação de risco para realização de Colonoscopia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
VERMELHO	DII em atividade, enterorragia, alta suspeita de câncer colorretal.
AMARELO	---
VERDE	Diarréia crônica, dor abdominal crônica, anemia, emagrecimento, sangramento gastrointestinal.
AZUL	---

Protocolo de gastrostomia

A gastrostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal.

INDICAÇÕES

- Doenças neurológicas;
- Distúrbios da deglutição;
- Troca de botton de gastrostomia endoscópica.

MANEJO CLÍNICO

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a história clínica, tempo de evolução, tratamentos realizados, medicações em uso e patologias associadas.

Quadro 20 - Classificação de risco para realização de Gastrostomia.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
VERMELHO	---
AMARELO	Colocação de <i>botton</i> endoscópico.
VERDE	Troca de <i>botton</i> endoscópico.
AZUL	---

21.3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco. Protocolos de acesso à rede de serviços ambulatoriais com classificação de risco por prioridade. Recife, 2013.

Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.

1.1.3.2. Proposta de Manual de Rotinas Administrativas para Almojarifado e Patrimônio

PATRIMÔNIO

O Serviço de Patrimônio é responsável por acompanhar e monitorar o adequado uso dos equipamentos/mobiliários disponibilizados para as rotinas administrativas e assistenciais.

Também é atribuição desse setor o acompanhamento e remanejamento, quando necessário, dos bens entre as áreas para atendimento pleno da demanda. Além disso, é responsável pelo controle e preservação dos bens patrimoniais, adoção de fluxo para a manutenção de equipamentos, realização de inventários periódicos e prestação de contas ao ente público.

1. Rotina para Recebimento de Materiais Patrimoniais

O recebimento abrange desde a chegada do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques, por meio da integração com a área de compras, transporte e financeiro.

As fases de entrada dos materiais compreendem a conferência quantitativa, qualitativa e a conferência dos documentos de regularização fiscal.

São considerados documentos hábeis para recebimento:

- Nota fiscal;
- Ordem de compra;
- Contrato;
- Termo de cessão;

- Termo de doação.

2. No momento do recebimento o almoxarife deverá:

- I. Observar se a ordem de compra está aprovada pela Gerência de Compras e Superintendência Administrativa e Financeira da Agir antes do recebimento do bem, ou se o contrato contém todas as assinaturas necessárias;
- II. Conferir os itens faturados, os valores unitários e o valor total com as informações constantes na Ordem de compra ou contrato, observando minimamente os seguintes dados: razão social, CNPJ, inscrição estadual, endereço completo, cobrança de frete, marca e modelo (no caso de equipamentos), bem como quantidades, valores unitários e totais. Os itens deverão ser conferidos juntamente com o responsável da área solicitante e o responsável da Engenharia Clínica da Unidade;
- III. Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ao valor total da ordem de compra ou contrato;
- IV. Colher a assinatura, na nota fiscal, do setor solicitante, do gestor do Serviço de Patrimônio, atestando o recebimento do bem ou equipamento/mobiliário;
- V. Criar processo de solicitação de pagamento, verificando a vigência das Certidões de Regularidade Fiscal, sendo elas: Federal, FGTS, Estadual e Trabalhista, e encaminhar os autos ao Financeiro;
- VI. Realizar a avaliação de fornecedor;
- VII. Efetuar o tombamento do bem.

3. Recebimento de doação

Ocorre quando o bem é doado por terceiro público ou privado (pessoa física ou jurídica), sendo a doação precedida de Termo de Doação e avaliação técnica do bem quanto aos benefícios que gerarão para a Unidade, em observância se a especificação técnica do bem doado atende aos requisitos de padronização do HECAD.

Deve-se, ainda, analisar as características físicas do equipamento (novo, seminovo ou velho), bem como os documentos e informações sobre ele, para que se possa ter noção da viabilidade de se efetuar a entrada via sistema de patrimônio do bem doado.

4. Recebimento de equipamentos de terceiros (comodato)

A entrada e saída dos equipamentos/mobiliários recebidos de empresas terceiras são controladas com base no contrato de prestação de serviços, sendo que tais equipamentos/mobiliários devem receber o mesmo tratamento de gestão e controle por parte do Serviço de Patrimônio, não havendo distinção quanto aos registros, formalidades e verificações.

5. Do tombamento

Concluído o recebimento definitivo dos materiais permanentes e certificando-se de que suas especificações atendem os requisitos da Ordem de Compra ou Contrato, a nota fiscal será encaminhada à SES/GO para a emissão das etiquetas de identificação, com um número sequencial crescente e único.

Esse número possibilitará identificar os materiais, atentando-se para o número de plaqueta patrimonial, marca, modelo, número de série, classificação e centro de custos responsável por eles, bem como o local em que se encontram, dentre outras informações.

O processo de tombamento dos bens permanentes constitui uma importante atividade, pois permite o monitoramento do material permanente. Especialmente nos inventários físicos, os números de tombos proporcionam a efetividade dos trabalhos.

Durante a atividade de fixação de etiquetas ou placas, algumas observações são importantes para maior eficiência do trabalho:

- As etiquetas ou placas de tombamento devem ter algarismos legíveis de fácil identificação;
- O local de fixação das etiquetas nos materiais permanentes deve ser de fácil visualização;
- O local de fixação deve proporcionar proteção à etiqueta, com vistas a não a danificar e evitar problemas na identificação do material.

6. Procedimento para a guarda do bem

O processo de entrega ao solicitante ocorrerá por intermédio de assinatura do Termo de Recebimento de bens patrimoniais, que será o documento que permitirá a baixa do material em estoque devendo conter, no mínimo:

- Descrição padronizada do material;
- Número do patrimônio e o número de série;
- Assinatura da pessoa que recebeu;

O setor que recebeu o bem, fica responsável:

- Pela conservação do bem;
- Pelo correto manuseio do item;
- Por estar sempre ciente da localização do patrimônio recebido;
- Por informar ao Serviço de Patrimônio sobre movimentações do bem recebido, tais como empréstimos a outros setores, entrega do item à manutenção ou a engenharia clínica etc.

Nenhum equipamento/mobiliário ou material permanente poderá ser distribuído à unidade requisitante antes de ser patrimoniado e acompanhado pelo Termo de Recebimento de Bens Patrimoniais que, no momento da entrega, deverá ser assinado pelo responsável pela guarda do bem.

7. Controle patrimonial

O controle do bem patrimonial possibilita o acompanhamento e análise das condições de uso desses materiais nos diversos setores das unidades geridas pela Agir. Algumas atividades que possibilitam o controle do bem patrimonial incluem:

- Monitorar, sem ou com data prévia *in loco*, os bens patrimoniais de cada setor, confrontando com as informações do ambiente, com o sistema de patrimônio, bem como com os registros do último inventário;
- Realizar inventário anual por ambiente físico (centro de custo e localidade). Caso seja encontrado diferença entre a contagem anterior, cientificar o responsável sobre as alterações não previamente informadas e solicitar providências quanto a localização do bem patrimonial não encontrado;
- Atualizar o Termo de Responsabilidade de Bens Fornecidos pelo sistema patrimonial junto ao gestor da área;
- Realizar no sistema de patrimônio a depreciação dos bens patrimoniais da Instituição, mensalmente.

- Emitir relatórios, conforme orientações da pasta eletrônica, e encaminhar ao setor financeiro;
- Solicitar à Diretoria Administrativa e Financeira do HECAD, a emissão de carta para envio das notas fiscais de aquisições de bens à Contratante, mensalmente;
- Realizar o remanejamento de bens patrimoniais no âmbito da Unidade, quando necessário ou quando solicitado, atentando para o detentor da carga patrimonial do bem conforme inventário. Caso seja necessário, solicitar autorização formal do detentor da carga antes de transferir o bem. Encaminhar o comprovante de transferência para os responsáveis dos setores via sistema de comunicação eletrônica.

O controle patrimonial auxilia na gestão dos materiais, pois possibilita um aporte de informação de avaliação, dentre as quais pode-se citar:

- Verificação das condições de uso dos bens, a fim de preservá-los a vida útil;
- Existência, em determinados setores, de material ocioso, que possa ser remanejado para outro local de maior necessidade, evitando solicitação de compra de item já existente na Unidade;
- Material sem serventia, seja por defeito ou obsolescência;
- Regularidade de estoque, ou seja, se todos os bens listados da unidade encontram-se fisicamente no setor.

ALMOXARIFADO

O Serviço de Almojarifado é responsável pelo acompanhamento e conformidade do consumo, comparando com a estimativa de abastecimento inicial realizada e a formalização, de maneira tempestiva, das solicitações de novos materiais, evitando rupturas de estoque, bem como as demais rotinas inerentes à função, tais como o recebimento, armazenamento e dispensação dos insumos, realização de inventários periódicos e prestação de contas ao ente público.

1. Rotina de recebimento de materiais nas unidades geridas pela Agir

O método de recebimento consiste na fase inicial do processo de armazenagem, realizando as seguintes funções:

- Recebimento (descarga);
- Conferência da documentação;
- Conferência do produto (qualitativa e quantitativa);
- Encaminhamento da nota fiscal para pagamento.

1.1 Procedimentos

I. Recebimento (descarga):

O recebimento de materiais ocorrerá de segunda-feira a sexta-feira, das 14 às 17 horas. Eventualmente, conforme necessidade da Unidade e/ou conforme programado com o Serviço de Almojarifado, o recebimento poderá ocorrer em dia e/ou horário diferente do padronizado.

Observar a seguinte ordem para recebimento:

- Produtos Termolábeis;
- Medicamentos;
- Produtos para nutrição (dietas, fórmulas);
- Material Médico Hospitalar;
- Demais materiais (escritório, manutenção, limpeza etc.).

II. Conferência da Documentação:

No ato da entrega, deve-se conferir a seguinte documentação entregue pelo transportador:

- Conferir dados do destinatário;
- Conferir se existe pedido (Ordem de Compra ou contrato de fornecimento contínuo);
- Observar as condições acordadas no pedido (valor, marca, dados do fornecedor, condições de pagamento e informações complementares).

III. Recebimento (descarga):

O recebimento deverá ser realizado em área específica, na doca do almojarifado, mediante as seguintes observações:

- Inspeccionar as condições do transporte (veículo coberto e acondicionamento dos produtos);
- Descarregar os produtos obrigatoriamente sobre paletes e/ou estrados de plástico;
- Acompanhar/Orientar o descarregamento;
- Seguir as orientações do fabricante sobre o posicionamento das setas dos volumes;
- Respeitar a altura máxima estabelecida pelo fabricante;
- Descarregar os produtos dividindo por itens e lotes;
- Identificar os itens (rótulo/etiqueta) da amarração externa da carga preferencialmente com a face para fora, facilitando a identificação.

IV. Conferência qualitativa:

Deve-se inspecionar a integridade dos produtos quanto a:

- Aspecto físico dos volumes;
- Violação da embalagem;
- Rotulagem da embalagem.

O recebimento de novos produtos e/ou de usos específicos do serviço deverá ser realizado acompanhado pelo responsável do serviço solicitante ou profissional que utilizará o produto. O profissional deverá assinar o atesto da nota fiscal em conjunto com o almoxarife.

V. Conferência quantitativa

- Conferir a quantidade de volumes;
- Conferir a quantidade total de cada produto.

VI. Encaminhamento da nota fiscal para pagamento:

Após o recebimento dos produtos ou serviços, realizar a entrada da nota fiscal no sistema ERP e realizar a avaliação do fornecedor. Em seguida, deve-se emitir o documento de entrada e nota fiscal eletrônica e encaminhar a nota fiscal e documentos pertinentes para conferência.

Deve-se, também, realizar a conferência da nota fiscal e seu respectivo documento de entrada, assim como demais documentos pertinentes. Após

conferência, o documento de entrada deverá ser assinado e a nota fiscal deverá ser encaminhada à central de pagamentos, bem como seus respectivos anexos.

1.2 Procedimento de devolução de materiais

Na devolução de materiais, deve-se orientar os almoxarifes quanto aos procedimentos necessários para a devolução de produtos que não estejam de acordo, tais como avarias, mercadorias divergentes, quantidades incorretas ou itens faltantes e notas fiscais com informações incorretas.

As devoluções poderão ocorrer de 2 formas:

1) Devolução total: O material deverá ser recusado quando for verificada a divergência no recebimento, em casos em que não houver Ordem de Compra ou pedido via contrato. Quando a adversidade não for passível de correção, os seguintes procedimentos deverão ser adotados:

- Redigir ressalva informando o motivo da devolução no verso da DANFE;
- Informar a data da devolução;
- Providenciar a assinatura de quem está devolvendo;
- Coletar a assinatura do entregador ou motorista (tal ação é facultativa, pois o profissional poderá negar-se a assinar);
- Bater carimbo com CNPJ do HECAD;
- Escanear e salvar em pasta específica.

2) Devolução parcial: Em caso da DANFE com mais de um produto em que algum destes foi entregue divergente ao solicitado, avariado, impróprio para uso, expirado, ou qualquer motivo que impossibilite o recebimento, deverá proceder-se com a devolução deste de maneira parcial:

- Entrar em contato com o fornecedor, solicitando autorização para receber parcialmente os itens, sendo que ele deverá emitir nota fiscal de devolução referente ao item que foi recusado;
- No momento do recebimento, deverá ressaltar o verso da nota fiscal, informando o motivo da devolução, quais itens foram devolvidos, constando a assinatura do responsável pelo recebimento e do entregador ou motorista;
- Escanear, copiar e salvar em pasta específica a DANFE;

- Devolver a transportadora uma via da nota fiscal com ressalva.

OBS.: Para ambos os tipos de devolução, será necessária a autorização prévia do Encarregado ou Supervisor de almoxarifado do HECAD.

1. Rotina de estocagem de materiais

A estocagem é o processo de alocação/guarda dos materiais em um determinado local do almoxarifado. Para tal processo, e com a devida nota fiscal registrada no sistema ERP, a seguinte ordem de prioridade para estocar os materiais deverá ser considerada:

1. Produtos Termolábeis;
2. Medicamentos;
3. Produtos para nutrição (dietas, fórmulas);
4. Material Médico Hospitalar;
5. Demais materiais (escritório, manutenção etc.).

2.1 Procedimentos

I. Endereçamento:

- Estocar os materiais de acordo com o endereçamento no sistema. Caso não haja endereçamento, vincular o material ao endereço no sistema ERP;
- Alocar, preferencialmente, os produtos de grande volume e/ou peso em piso térreo;
- Os materiais de pequeno volume, com exceção dos medicamentos, deverão ser alocados, preferencialmente, em mezanino;
- Os medicamentos deverão ser estocados próximos à área de transferência para a farmácia central.

II. Estocar os materiais, sem exceção, sobre estrados, paletes ou prateleiras.

- Seguir as instruções do fabricante sobre a forma de armazenamento;
- Não estocar materiais encostados nas paredes.

III. Utilizar o método Primeiro que Vence, Primeiro que Sai - PVPS para estocar os materiais, seguindo a disposição das prateleiras:

- Da esquerda para a direita, de cima para baixo, ou seja, os produtos que vencem primeiro ficam à esquerda e posteriormente os de validades superiores.

IV. Identificar os produtos estocados nas prateleiras com etiqueta tipo gôndola. As etiquetas deverão conter as seguintes informações:

- Código do sistema ERP;
- Descrição do produto;
- Lote e validade.

V. Para os produtos que não fazem controle de lote e validade, as etiquetas deverão conter as informações:

- Código do sistema ERP;
- Descrição do produto.

VI. A estocagem de produtos termolábeis deverá ser realizada em local apropriado, conforme recomendações do fabricante:

- Conferir e anotar a temperatura 3 vezes ao dia;
- Registrar a temperatura no documento de controle.

VII. Realizar, periodicamente, a limpeza das estruturas de armazenagem (refrigerador, prateleiras, paletes e estrados).

VIII. Controlar a temperatura dos materiais estocados em temperatura ambiente e registrar a temperatura no documento de controle.

3. Rotina de separação e preparação dos pedidos (*Picking*)

A separação consiste em preparar os pedidos realizados pelos clientes internos da unidade hospitalar.

3.1 Procedimento

I. O picking de materiais ocorrerá nos seguintes dias:

- Almojarifado CAF: atendimento 7 (sete) dias por semana, das 08:00 às 17:00 horas, ou de acordo com a demanda e característica do HECAD;
- Almojarifado Geral: atendimento de segunda a sexta-feira ou de acordo com a demanda e característica da Unidade.

II. Receber a solicitação de produtos via sistema ERP, devendo-se:

- Identificar os produtos e quantidades no pedido;
- Localizar o produto no estoque;
- Seguir o método PVPS;

- Realizar o atendimento do item por meio do código de barras da etiqueta emitida pelo do sistema ERP ou etiqueta que consta na embalagem do fabricante.

III. Acondicionar os materiais separados em caixas plástica vazada e/ou em paletes de plástico e, após concluída a separação do pedido, identificar a carga com os dados deste;

IV. Entregar os materiais para o colaborador do serviço/estoque solicitante. O recebimento poderá ser realizado das seguintes formas:

- Colher assinatura e número da matrícula do colaborador no documento de saída de material;
- Realizar o recebimento por meio do sistema ERP.

V. Arquivar os documentos de saída de materiais com a assinatura do colaborador recebedor deles.

- Documentos físicos em pasta específica;
- Para o recebimento pelo sistema ERP, automaticamente, o registro será salvo no banco de dados do sistema.

4. Rotina de contagem cíclica dos estoques

Estabelece o procedimento adotado para contagem cíclica dos almoxarifados centrais e farmácias.

4.1 Procedimentos

I. Emitir o relatório de contagem no sistema ERP, considerando o cronograma de contagem estabelecido pelo gestor;

II. Preencher o documento referente a contagens cíclicas de estoque no mês correspondente à contagem com o nome do responsável e data inicial da contagem;

III. Realizar a contagem física, com os seguintes métodos:

- Curva A: 100% dos itens contados, mensalmente;
- Curva B: 50% dos itens contados, mensalmente;
- Curva C: 25% dos itens contados, mensalmente;

Obs.:

- Mensalmente, 100% dos itens da curva A são contados;
- Bimestralmente, 100% dos itens da curva B são contados;

- Quadrimestralmente, 100% dos itens da curva C são contados.
- IV. Comparar, ao final, a quantidade física encontrada e a quantidade sistêmica, remetendo o relatório ao gestor;
- V. Analisar o resultado parcial da contagem e, em caso de divergência, solicitar a segunda contagem dos produtos por outro colaborador, solicitando a terceira contagem, caso ocorra divergência entre a quantidade apresentada na primeira e segunda contagem;
- VI. Verificar as diferenças com maiores saldos e/ou valores financeiros, remetendo à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade para avaliação e juntada às justificativas para tais diferenças;
- VII. Realizar os ajustes, após análise da Diretoria Administrativa e Financeira do HECAD, no saldo físico e contábil do estoque, preenchendo o documento de contagem, com data da tratativa e o responsável por ela;
- VIII. Arquivar o comprovante de inventário no processo administrativo correspondente.

1.1.3.3. Proposta de Manual de Rotinas para a Administração Financeira e Gestão de Custos

MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTO

1.Introdução

A Gestão Administrativa e Financeira busca estabelecer, dentro do escopo proposto pela Agir, diretrizes a serem aplicadas para que a execução financeira subsidie as decisões estratégicas, bem como para que se cumpra as operações internas com transparência e qualidade.

Essa gestão é de extrema relevância para a elaboração dos planos orçamentários das unidades geridas pela OSS uma vez que, a partir de demonstrativos de execuções financeiras, pode-se planejar ações a serem alcançadas e revistas dentro do proposto e, ainda, assumir novas demandas.

Dentro dos quesitos que norteiam as rotinas financeiras, busca-se atingir os princípios básicos da Gestão Financeira, a saber:

- **Transparência:** garantir a transparência e assertividade das informações prestadas;

- Ética: fazer cumprir com as determinações frente ao Contratante e à sociedade;
- Responsabilidade: agir de maneira responsável com o erário público, diante das ações executadas;
- Rastreabilidade: fazer com que as informações estejam sempre claras e de fácil acesso para serem apresentadas agilmente em fiscalizações e auditorias.

Esta vertente contemplará a estrutura de grupos contábeis devidamente estabelecidos pela Agir, a saber: Serviços Médicos, Serviços Diversos, Fornecedores de Insumos e Fornecedores de Bens Patrimoniais.

Para essa estrutura tem-se, ainda as classificações de gastos com Pessoal, que englobam as demandas trabalhistas, encargos sociais e demandas rescisórias.

A Unidade seguirá o padrão de diretrizes e políticas internas instituídas pela Agir, no intuito de reduzir as divergências quanto às rotinas adotadas, seguindo o preconizado institucionalmente.

Cabe reforçar que essa metodologia engloba tanto as rotinas financeiras quanto as entregas e indicadores financeiros que norteiam as decisões das Superintendências da Agir.

2. Estrutura Financeira da Agir

Na OSS Agir, a gestão financeira é estruturada de forma hierárquica, observadas as necessidades e especificações aplicáveis dentro dos níveis de gestão. Abaixo, destaca-se a estrutura atual incorporada e suas respectivas atribuições dentro do escopo financeiro:

- Gerência Corporativa Financeira - Planeja e gerencia os serviços de controle financeiro e tesouraria, respondendo pela qualidade técnica das entregas, bem como acompanha e gerencia os demonstrativos de resultados financeiros, a fim de contribuir para as decisões das Superintendências;
- Coordenação Financeira – Coordena a execução financeira, bem como a validação dos processos de lançamentos e dados financeiros da Agir e unidades sob sua gestão;
- Supervisão Financeira – Supervisiona, acompanha, desenvolve e executa atividades relacionadas à área de finanças, mantendo os controles precisos das atividades e os registros completos das informações, fornecendo relatório e

demonstrativos confiáveis que permitem a administração eficiente dos recursos institucionais.

- Serviço de Tesouraria - Controla o caixa para aquisições de itens de pequena monta e/ou serviços cartoriais de necessidade da Agir, bem como controla os recebimentos de doações em dinheiro e a emissão de cheques. Também, acompanha e controla o recebimento de processos de pagamentos referente ao contas a pagar.
- Serviço de Controle Financeiro - Executa os trabalhos referentes à área financeira, bem como a preparação de arquivos documentais relativos aos pagamentos, prestação de contas, processamento bancário, acompanhamento de fluxo de caixa, contas a pagar e controle de repasses referente ao Contrato de Gestão. Também, efetua o controle e acompanhamento das despesas administrativas referentes à OSS, que compõe o rateio para as unidades por ela administradas.

3. O processo de execução financeira

Toda movimentação dos recursos financeiros destinados ao gerenciamento das unidades sob gestão da Agir dar-se-á por meio de contas bancárias específicas e exclusivas, evitando que haja divergências ou dupla interpretação dos órgãos de fiscalização.

A Agir disponibilizará, periodicamente, os relatórios de execução financeira, cumprindo com a transparência e visibilidade frente à sociedade, como também com o serviço de prestação de contas.

Todas as rotinas financeiras são embasadas nas Políticas Institucionais impostas pela Agir, a fim de promover uma gestão com qualidade, norteadas em realizar com eficácia as exigências dos órgãos de fiscalização, conforme explicado anteriormente.

3.1 Recebimentos

São todas as entradas de recursos financeiros nos cofres da OSS. Envolve o recebimento de repasses referente a verbas financeiras oriundas do Contrato de Gestão, convênios, doações, valores referentes a verbas específicas de investimento e verbas oriundas de recursos próprios.

No intuito de padronizar os processos e manter estabelecidos os controles internos frente às movimentações e receitas bancárias, o setor segue uma rotina de atividades que visam a prevenção de fraudes e quaisquer intercorrências no fluxo financeiro, buscando sempre manter a segurança e rastreabilidade das informações.

Nos casos de consolidação contratual da OSS, a equipe da Superintendência de Planejamento da Agir, disponibiliza a minuta do Contrato de Gestão para a Gerência Corporativa Financeira - GCFIN, para que seja realizada a provisão no sistema operacional financeiro das parcelas referente aos repasses mensais compactuados, como também sejam realizados os devidos controles.

A rotina de conciliação bancária é uma das grandes responsabilidades do setor financeiro, que engloba todo o controle de entradas e saídas de recursos, bem como o controle de fluxo de caixa, analisando criteriosamente os saldos disponíveis e as despesas prevista a serem executadas.

Ao identificar a entrada de recursos financeiros oriundos do Contrato de Gestão firmado, a equipe responsável pelo acompanhamento desse controle, confrontará o valor recebido em conta específica com os valores mensais previsto no Contrato de Gestão com as informações publicadas em sites oficiais do Contratante.

Após confrontar as informações e identificar a referência do recurso, o Serviço de Controle Financeiro realizará o fiel registro das informações no sistema operacional, tanto dos valores creditados em conta corrente referente aos repasses do Contratante como também de outras verbas compactuadas, nos casos em que houver.

Identificados recursos oriundos de doações, a equipe responsável pela conciliação diária, confirmará com o setor responsável sobre o valor creditado. Tratando-se de doações referente a Termos de Parceria firmados entre a Agir e as empresas inscritas em programas de benefícios do Governo, a equipe realizará o registro no sistema operacional, informando o nome da empresa ou pessoa física responsável pelo crédito de doação.

Os depósitos referentes a outras verbas serão informados ao Serviço de Controle Financeiro por meio de Comunicação Interna, a fim de manter a transparência e a qualidade das informações. A Unidade poderá receber, também,

verbas de doações não identificadas, uma vez que o depositante pode optar em manter o anonimato.

Periodicamente, o cenário econômico da Unidade será apresentado ao superior imediato com as possíveis probabilidades de fluxo financeiro. Se identificado um cenário crítico para o período a informação, a informação será repassada para a Superintendência Administrativa e Financeira da Agir, bem como para a Diretoria do HECAD, para que sejam realizados os devidos contatos junto ao Contratante.

No fechamento mensal, o Serviço de Controle Financeiro realizará o controle dos valores repassados pelo Contratante, a fim de manter as informações atualizadas e os possíveis cenários de riscos tratados.

3.2 Pagamentos

É o serviço pelo qual faz-se cumprir as obrigações financeiras da Unidade frente aos fornecedores, bem como as obrigações tributárias e trabalhistas, buscando manter em dia os compromissos financeiros e a legalidade fiscal.

O cumprimento de prazos e os quesitos que norteiam e regularizam as determinações previstas no Contrato de Gestão serão constantemente disseminados juntos aos colaboradores, visando manter a cultura do accountability dentro da instituição.

O setor responsável pelo requerimento do insumo e/ou prestação de serviço encaminhará uma solicitação de compras para o Setor de Compras, contendo todas as informações necessárias para a aquisição ou prestação do serviço. Após o recebimento da solicitação de compras, o Setor de Compras realizará as cotações e negociações com os fornecedores, seguindo o preconizado no Regulamento de Compras aprovado pelo Conselho de Administração da Agir.

Finalizado os trâmites de contratação, será emitida a Ordem de Compras e esta será direcionada à solicitação de autorização para as Superintendência Executiva e Superintendência Administrativa e Financeira da Agir. Em seguida, o processo com toda documentação comprobatória da negociação, juntamente com a Ordem de Compras, será encaminhado para o setor responsável pela solicitação.

Havendo a necessidade de contratação de serviços ou insumos via contrato, o setor de Gestão de Contratos será acionado para finalizar os trâmites de negociação

contratual e realizar a confecção das cláusulas específicas a cada fornecedor, considerando o tipo de serviço contratado e, em seguida, realizar a coleta da assinatura das partes.

O gestor do pagamento receberá os insumos conforme negociado na Ordem de Compras e/ou Contratos e realizará a conferência das notas fiscais conforme as exigências determinadas pelos órgãos de fiscalização, bem como o cumprimento do acordado na negociação, como CNPJ do Fornecedor, CNPJ da Unidade, valor, quantidade etc. Cabe aos gestores de contratos solicitar ao Fornecedor, além do documento fiscal, os relatórios comprobatórios da prestação do serviço.

Após realizada a conferência da nota fiscal, o colaborador terá o prazo de 24 horas para realizar o registro de entrada da nota de mercadorias e/ou serviços no sistema financeiro, conforme particularidades do documento fiscal. Em seguida, o gestor deverá atestar o recebimento da nota fiscal e encaminhar ao Serviço de Controle Financeiro todas as documentações referentes ao Pagamento das Notas, como certidões, relatórios, declarações, escalas, romaneios, arquivo XML, contratos, entre outros, conforme exigências da Contratante e dentro do prazo interno institucional determinado nas diretrizes, a fim de evitar qualquer falha no processo.

Nos casos em que o pagamento se tratar de Investimento, o gestor deverá informar tal particularidade na solicitação de pagamento, informando ao Serviço de Controle Financeiro se possui verbas específicas diferente das verbas de custeio.

Para o controle das solicitações de pagamentos, o Serviço de Controle Financeiro ficará responsável por receber e atribuir aos assistentes financeiros os pagamentos, no decorrer da semana. Cada colaborador da equipe financeira realizará a análise dos documentos comprobatórios das despesas, considerando também a análise fiscal/tributária e financeira, dos documentos apresentados pelos gestores da Unidade e, em seguida, fará o arquivamento das documentações necessárias exigidas pelos órgãos de controle e fiscalização em repositório local específico.

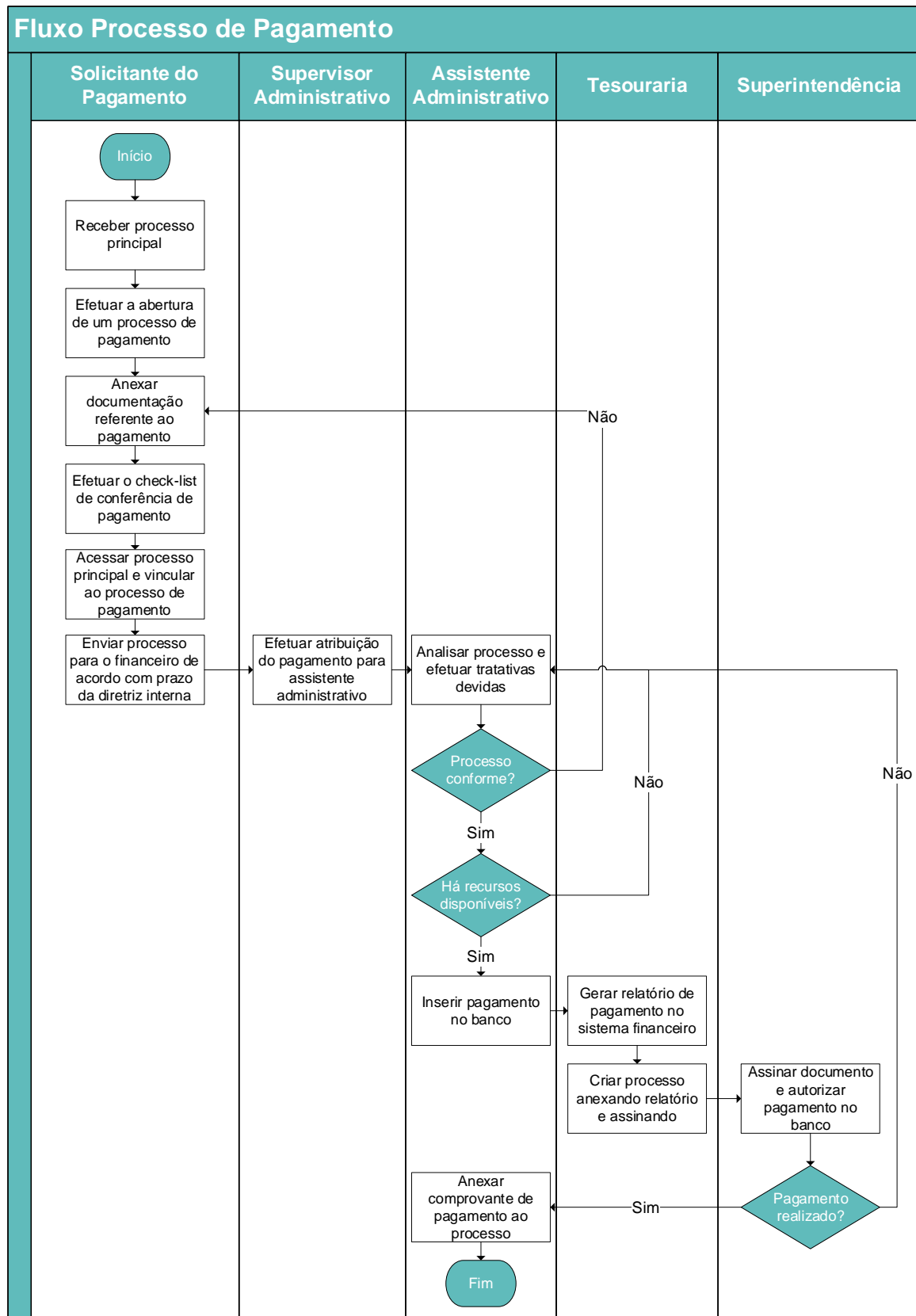
Assim, caso seja identificada a regularidade no pagamento, o Serviço de Controle Financeiro fará os devidos lançamentos no sistema operacional e no sistema bancário. Após conciliação diária, os pagamentos serão autorizados pelas Superintendências e, em seguida, os colaboradores responsáveis pelo pagamento

evidenciarão a conclusão do processo com o anexo do comprovante de pagamento no processo. Em seguida, eles realizarão a devolução dele ao gestor responsável.

Nos casos que forem identificadas irregularidades no pagamento, o processo será remetido ao setor de origem para sanar as irregularidades e, caso seja necessário, será procedida a prorrogação da nota fiscal junto ao Fornecedor.

Para visualização do processo de pagamento, segue o desenho do fluxo implantado na Agir:

Figura 81 – Fluxo do Processo de Pagamento.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

3.3 Conciliação bancária

A conciliação bancária é uma das rotinas diárias realizadas pelo Setor Financeiro, por meio dos extratos bancários das Unidades, a fim de acompanhar os registros e movimentações das contas correntes e contas de aplicações.

A primeira rotina do Serviço de Controle Financeiro é realizar a emissão dos extratos bancários do dia anterior e salvar no repositório da rede local. Em seguida, os colaboradores realizam os registros das movimentações financeiras do dia anterior no sistema financeiro. Caso haja a devolução de algum pagamento, o assistente financeiro responsável pela transação bancária realiza a verificação do motivo da devolução e faz as devidas tratativas. Caso seja necessário, realiza-se o contato com o Fornecedor para solicitações de novos dados para o pagamento.

Por meio do extrato diário, os colaboradores analisam a rentabilidade das aplicações financeiras e mantém atualizados os controles internos, bem como o fiel registro dos rendimentos no sistema financeiro operacional.

3.4 Fluxo de caixa

O fluxo de caixa consiste no instrumento de gestão financeira utilizado para projetar futuras saídas previstas já compactuadas, bem como possíveis valores de entrada, indicando o cenário mais real possível da saúde financeira da Unidade. A ferramenta, também, poderá ser utilizada para identificar o cenário real consolidado durante determinado período.

Os controles financeiros e fluxo de caixa serão realizados por regime de caixa, ou seja, pelo registro de toda a saída e entrada de recursos dentro de um determinado período. Dessa forma, tanto os controles financeiros quanto o fluxo de caixa deverão seguir as classificações determinadas, a saber:

- Recebimentos de repasses do Contrato de Gestão e outras verbas;
- Rendimentos de aplicações do período;
- Pagamento de despesas referente a materiais médicos;
- Pagamento de despesas referente a materiais diversos;

- Pagamento de despesas referente a serviços contratados por terceiros, sejam eles relacionados ou não com a atividade fim;
- Pagamento de taxas e contribuições;
- Pagamento de despesas referente água, energia, internet e telefonia;
- Pagamento de impostos referente a serviços prestados por terceiros;
- Pagamento de impostos sobre folha de pagamento;
- Pagamento referente a despesas trabalhistas, tais como: salário, férias, 13º salário, rescisão e encargos sobre rescisão;
- Pagamentos de despesas referente a investimento. Nesses casos serão considerados bens patrimoniais, como aquisição de equipamentos hospitalares, obras, instalações, reformas que visem ao aumento da vida útil do bem.

Assim, as atribuições do Setor Financeiro contemplarão a gestão e acompanhamento periódico do fluxo de caixa, de forma a subsidiar decisões estratégicas acerca do desempenho e resultados econômicos das Unidades.

O cenário financeiro consolidado será apresentado à Diretoria do HECAD, bem como às Superintendências da Agir, visando estabelecer tomadas de decisões de ordens interna e/ou externa, como também possíveis solicitações ajustes financeiros junto ao Contratante.

3.5 Aplicação financeira

É prática da Agir aplicar os recursos oriundos dos repasses contratados em modalidade de aplicações mais rentáveis no mercado financeiro, considerando o bom uso do recurso público, de modo a contribuir com a eficácia nos serviços prestados a sociedade.

Ao identificar-se a entrada de valores referente aos repasses do Contrato de Gestão, a Agir optará pela aplicação financeira mais rentável no mercado dentro do período, buscando manter uma ação mais conservadora, conforme orientação prevista no Contrato de Gestão.

Cabe ressaltar que o acompanhamento da rentabilidade e sua variação dentro do período já é prática diária do Serviço de Controle Financeiro da Agir que, ao

identificar qualquer prática inadequada nas movimentações, contacta de imediato o gerente bancário da conta.

As aplicações serão realizadas nas modalidades que se baseiam em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto, majoritariamente, por títulos da dívida pública, ou conforme previsto em contrato. Postula-se que seus valores somente serão resgatados para o fiel cumprimento de pagamentos de despesas referentes a custeio da Unidade e/ou aquisições de investimentos.

Em se tratando de recursos relacionados a verbas de investimento, os valores serão aplicados em contas de aplicações distintas das verbas para custeio, a fim de facilitar a prestação de contas.

Sempre que solicitado, o Setor Financeiro apresentará o demonstrativo de controle de investimentos para análises dos superiores imediatos ou órgão fiscalizador oficial.

4. O processo de prestação de contas – SIPEF D+1

A prestação de contas compreende o repasse das informações financeiras e documentações comprobatórias de despesas realizadas pela Unidade aos órgãos de fiscalização diariamente.

A Agir possui um portal eletrônico de documentos, onde toda a movimentação processual fica arquivada – sistema e-Doc -, no qual os colaboradores estão orientados a anexar toda e qualquer informação pertinente ao esclarecimento do entendimento dos processos de pagamentos.

Por prezar pela transparência nas informações tratadas pelo setor financeiro, toda e qualquer solicitação de prestação de contas será tratada com total zelo, sendo encaminhada toda a documentação solicitada, sempre que necessário, para ser auditada.

Como ferramenta que subsidia a transmissão de dados, a Agir utiliza um *software* específico para as transmissões de dados ao Contratante, no qual são informadas todas as movimentações, tanto de pagamento de fornecedores quanto de impostos, taxas, despesas bancárias e transferências no formato D+1.

Toda a movimentação financeira é extraída do Sistema Operacional Financeiro, em formato de arquivo Excel. Os campos complementares são preenchidos e as

documentações são anexadas pelos colaboradores do Serviço de Controle Financeiro, bem como os contratos firmados com Fornecedores, os arquivos XML das notas de insumos, notas fiscais, relatórios de fornecedores e os extratos bancários para comprovação das despesas.

Após a inserção de todos os dados referentes aos pagamentos e movimentações de entradas e saídas de recursos, é realizada a importação dos dados para o sistema e a conferência dos saldos, que devem estar de acordo com a movimentação do dia.

Além da prestação de contas diária, tem-se o envio da prestação de contas mensal que engloba as informações referentes às Demandas Judiciais, Encargos Sociais, Repasses, Contratos com Fornecedores, Folha de Pagamento, Declarações, Bens Móveis, Balancete, Balanço Patrimonial, Servidores Públicos, Demonstração do Resultado do Exercício, Diário e Razão.

5. Controles internos

Com a finalidade de manter a qualidade e segurança da operação, bem como evitar fraudes, os processos internos serão analisados conforme cenário operacional, buscando minimizar ao máximo intercorrências nos pagamentos e possíveis riscos na operação financeira.

Algumas medidas primordiais serão aplicadas no intuito de manter a segurança financeira:

- Acompanhamento diário das notas fiscais lançadas no Sistema Financeiro;
- Acompanhamento diário dos juros sobre aplicações financeiras;
- Acompanhamento periódico dos valores repassados pelo Contratante;
- Realização diária da conciliação bancária;
- Realização da análise de Fluxo de Caixa;
- Confecção e atualização dos documentos de suporte direcionados aos setores que operacionalizam processos de pagamentos;
- Realização de treinamentos e acompanhamento da operação;
- Efetivação da rotatividade das atividades financeiras;
- Acompanhamento das normativas tributárias;

- Acompanhamento dos indicadores de processos;
- Acompanhamento do mapa de risco da operação;
- Disseminação das Políticas Institucionais, bem como das diretrizes internas que norteiam a operação financeira;

Na Agir, não são admitidas condutas que ferem o cumprimento dos controles acima relacionados, inclusive ações consideradas inadequadas para o cumprimento dos pagamentos deverão ser imediatamente reportadas para o superior imediato da área.

6. GESTÃO DE CUSTOS

A gestão estratégica de custos é regrada na Política de Orçamento e Custos da Agir, na qual visa o compromisso com a sustentabilidade orçamentária por meio de diretrizes que vislumbram resultados, garantindo o cumprimento dos processos orçamentários, financeiros e de custos. Os objetivos da Política balizam-se em:

- Esclarecer a origem de receitas recebidas e faturamento gerado pelo atendimento aos pacientes e procedimentos hospitalares realizados (fonte pagadora);
- Direcionar a aplicação de recursos recebidos;
- Otimizar a aplicação de recursos disponíveis;
- Garantir assertividade nas informações geradas pela consolidação dos custos;
- Fornecer conhecimento das composições, evoluções e apropriações de recursos.

A Agir preconiza que a previsibilidade orçamentária e seu acompanhamento são fundamentados com base nos resultados de consolidação de custos, sendo as projeções orçamentárias pautadas em diretrizes da Instituição e da Contratante, quanto a manutenção e/ou ampliação de estruturas e serviços, vislumbrando cenários macroeconômicos.

6.1 Metodologia e Sistema de Custeio

A apuração e a consolidação dos custos do HECAD seguirão a metodologia de Custeio por Absorção, alocando os custos para os diversos centros e agentes do processo produtivo, com foco no direcionamento das informações gerenciais para fins de tomadas de decisões assertivas pelos gestores, visando a melhoria do desempenho das atividades e, conseqüentemente, a qualidade no serviço prestado à sociedade.

As informações específicas para a apuração e consolidação dos custos serão tratadas nas plataformas *Business Intelligence* - BI e, também, na *Key Performance Indicators for Health* – KPIH da Planisa, que possibilita levantar e acompanhar indicadores de custos e performance de unidades de saúde geridas através do modelo de administração pelo terceiro setor.

As informações de custos deverão considerar o regime de competência, contemplando, assim, a data que o evento ocorreu. Adotar o regime de competência é importante, pois, por meio dele, pode-se realizar projeções de custos com base nas atividades da Instituição, para avaliar determinado produto ou serviço.

Após a coleta dos dados, a metodologia utilizada na Agir para fins de acompanhamento e avaliação acontece por meio de tratativas, lançamentos, importações e cálculos, com obtenção dos resultados estruturados no plano de contas e grupos de centros de custos estabelecidos (Indicador: Taxa/Coeficiente de Execução Orçamentária), em consonância às diretrizes corporativas e àquelas que forem solicitadas pela Contratante.

O HECAD, assim como as demais unidades geridas pela Agir, deverá, minimamente, utilizar-se das ferramentas e processos para orientação dessa gestão, considerando as seguintes perspectivas:

- Planejamento Estratégico: Norteará as decisões e prioridades organizacionais com base os objetivos estratégicos;
- Planejamento e Controle Orçamentário: Dará previsibilidade e direcionará a alocação de recursos em consonância com os objetivos estratégicos;
- Apuração e Análise dos custos: Propiciará o conhecimento e a compreensão dos custos institucionais, assim como seus impactos, desvios e retornos, dessa forma, apoiará Planejamento Estratégico e Orçamentário;
- Análises de viabilidade econômica e financeira e/ou de melhor relação custo-benefício: Estudará alternativas na aplicação ou otimização dos recursos, através de análise sistêmica e metodológica.

6.2 Premissas básicas da gestão de custos

Algumas premissas são fundamentais para o êxito dessa gestão, dentre as quais destacam-se:

Gestão Compartilhada: A condução dessa gestão necessita de ser compartilhada com todos os colaboradores da organização (diretos ou indiretos) e não somente com gestores ou responsáveis por serviços, devendo a todos, em seu respectivo nível de responsabilidade, a participação ativa. Tal processo resulta no maior comprometimento das ações, responsabilidade pelo êxito, sentimento de pertencimento e, conseqüentemente, a satisfação dos colaboradores. Trata-se, portanto, de um fator relevante para o sucesso do objeto pretendido.

Gestão dos Recursos: A Unidade deverá administrar seus recursos de forma alinhada aos valores e metas previamente definidos no planejamento orçamentário. No indício da impossibilidade de cumprimento dessa premissa, planos de ações deverão ser elaborados visando o reequilíbrio.

Monitoramento e Controle: A análise e identificação dos desvios deverá ser feita em ato contínuo, evidenciando a causa, assim como suas justificativas e ações propostas para ajustes. É importante que os envolvidos ajam de forma tempestiva para correção da causa geradora.

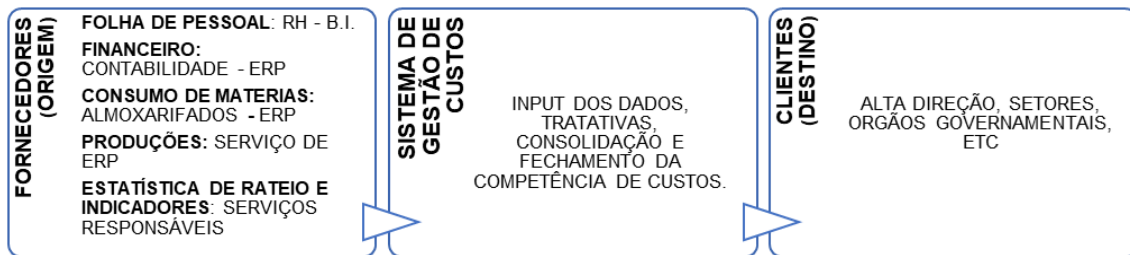
Sistemas de Gestão: As informações serão tratadas e disponibilizadas em plataforma BI específica para a apuração e consolidação dos custos, de forma que possibilitem, minimamente, a emissão dos seguintes relatórios: Composição e Evolução de Custos, Custo Total e Unitário dos Serviços, Custo Direto por Centro de Custos, Custos da Saída Hospitalar, Custo por Linha de Contratação, Produções, Estatística de Rateio e Ranking de Custos por Centro de Custos.

Disponibilidade das informações: As informações derivadas da plataforma de custos só serão disponibilizadas aos interessados após as tratativas dos dados (pertinentes aos setores de custos), consolidação, validação e fechamento da competência. O acesso às informações será disponibilizado aos gestores das unidades, devidamente orientados, capacitados e cientes da responsabilização no uso das informações acessadas.

6.3 Origem e destino dos dados

Faz-se primordial o conhecimento dos fornecedores (origem) e clientes (destino) dos dados relacionados a custos, conforme pode ser mais bem compreendido na ilustração abaixo:

Figura 82 - SIPOC Gestão Financeira Agir.

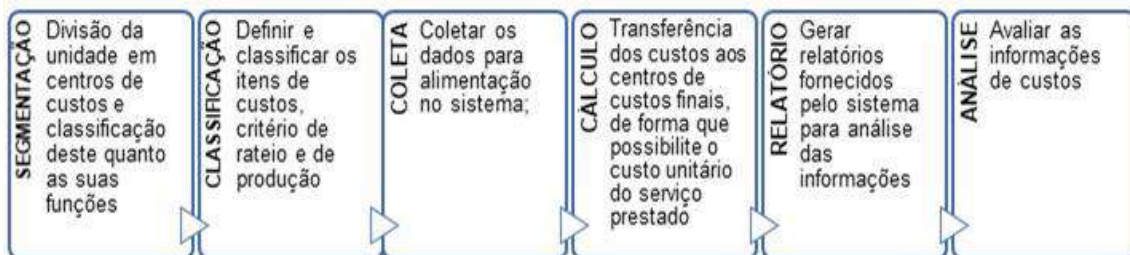


Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

6.4 Ciclo de estruturação do sistema de custos

O ciclo de estruturação de um sistema de custo baseado em absorção consiste em uma sequência de procedimentos, a saber:

Figura 83 - Estruturação do Sistema de Custos.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022

1.2. INCREMENTO DAS ATIVIDADES

1.2.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

A Agir propões instituir no HECAD as práticas dos seguintes projetos, de abrangência áreas assistenciais e social, beneficiando tanto o usuário quanto a sociedade.

1. PROJETO PARA TORNAR O HECAD EM HOSPITAL DE ENSINO

Hospitais de Ensino - HE são estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma IES, pública ou privada, que servem de campo para a prática de

atividades de ensino na área da saúde e que são certificados conforme o estabelecido na legislação do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino.

Esses hospitais se caracterizam por serem unidades de referência em procedimentos de maior densidade tecnológica (complexidade), que servem de cenário de prática para atividades curriculares de cursos da área da saúde, sendo responsáveis pela formação dos profissionais que atuarão tanto na rede básica como nos hospitais públicos e privados. Dessa forma, são compreendidos como hospitais que desenvolvem atividades de capacitação de recursos humanos, envolvendo, concomitantemente, ações de docência, pesquisa e prestação de serviço à comunidade, fato que exige deles qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS.

Desde a sua instituição, 202 estabelecimentos hospitalares aderiram ao Programa de Certificação de Hospital de Ensino do MS e MEC. Em Goiás, apenas 4 (quatro) instituições possuem essa certificação, sendo uma delas o CRER, unidade gerenciada pela Agir.

Para que o credenciamento desses hospitais junto ao SUS seja efetivado, eles são avaliados por uma comissão interinstitucional, consoante o disposto na Portaria MEC/MS nº 285/2015, cujos requisitos serão apresentados nessa proposta.

Considerando que o HECAD possui todo o potencial para se tornar um HE, é oportuno apresentar um plano de ação para a obtenção dessa certificação junto aos MS e MEC.

Objetivo do projeto

Apresentar proposta de certificação como "Hospital de Ensino" para o HECAD.

Justificativa

Esse projeto se justifica devido a necessidade de reconhecimento do HECAD como HE pois, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 285/2015, todos os espaços de produção de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem constituir campo de prática para o ensino, pesquisa e incorporação tecnológica baseada em evidências.

Além disso, é propósito do Programa de Certificação de Hospital de Ensino assegurar a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da

gestão, proporcionando a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e, conseqüentemente, beneficiando a sociedade usuária do SUS.

Destaca-se que a certificação de um hospital como HE apresenta as seguintes vantagens:

- Receber um "selo de qualidade", que reconhece a instituição como adequada para o desenvolvimento de boas práticas assistenciais e educativas;
- Contar com um recurso ministerial de incentivo para ações de melhorias nas diversas áreas do hospital, que poderá ser investido em projetos, tais como qualificação da gestão, capacitação de colaboradores, aquisição de equipamentos e materiais, criação de novos serviços, educação permanente e continuada, etc.

De maneira geral, o processo de contratualização implica na utilização de procedimentos de gestão estratégica de extrema importância para uma instituição, como por exemplo planejamento, elaboração de ações, controle dos resultados, seleção de indicadores e metas e intervenções corretivas.

São apontados diversos aspectos positivos da certificação e conseqüente contratualização, dentre os quais pode-se citar:

- (1) Permite a programação orçamentária e financeira;
- (2) Facilita os processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados;
- (3) Possibilita investimento na gestão hospitalar;
- (4) Conformar os serviços, de acordo com a demanda e necessidades do gestor local de saúde;
- (5) Promove maior transparência na relação com o gestor local do SUS;
- (6) Promove melhor inserção institucional na RAS;
- (7) Amplia os mecanismos de participação e controle social;
- (8) Possibilita o questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional;
- (9) Valoriza os aspectos referentes ao ensino, pesquisa e avaliação de incorporação de novas tecnologias;
- (10) Integra ensino-serviço, com privilégio da lógica das necessidades de saúde da população, e;

(11) Promove maior comprometimento do corpo de colaboradores da instituição.

Segundo a Portaria MEC/MS nº 285/2015, se o HECAD cumprir os requisitos para certificação a Unidade poderá receber definição de HE Tipo I - HE-I ou HE Tipo II - HE-II. Caso adquira a certificação HE-I, o HECAD terá direito ao valor de Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar - IGH de, no mínimo, 50% da série histórica de referência da produção total da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; ou, se qualificado como HE - II, fará jus ao valor de IGH de, no mínimo, 60% da referida série histórica. Ou seja, além de reconhecimento, o HECAD poderá receber incentivo financeiro para desenvolvimento e fortalecimento da força de trabalho no SUS.

Diagnóstico da situação atual do HECAD, no que se refere a tornar-se HE

De acordo com o mapa-estratégico do HECAD, um de seus processos internos é buscar credenciamento como HE e, para iniciar esse processo de certificação, é preciso conhecer a Portaria MEC/MS nº 285/2015, que redefine o programa de certificação, sendo esta o instrumento de normatização para esse fim, até o momento.

Inicialmente, deve-se observar se o HECAD obedece aos critérios estabelecidos nos artigos 5º - requisitos gerais, e artigo 6º - requisitos específicos, da citada portaria interministerial, sendo que o cumprimento desses requisitos é imprescindível para fomentar o processo de avaliação do hospital e, posteriormente, obtenção da certificação. Caso seja verificado que o HECAD não se encaixa em algum dos requisitos, serão efetuados os ajustes para garantir sua certificação.

Passo a passo para a obtenção da certificação do HECAD como HE

Passo 1

De acordo com a portaria citada, para solicitar a certificação como HE o HECAD deverá encaminhar um ofício à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do MS, inserindo os seguintes dados:

- a) nome do estabelecimento hospitalar;
- b) número do registro do estabelecimento hospitalar Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- c) nome do responsável pela solicitação da certificação;
- d) nome e número do CPF do responsável pela HE, e;

e) e-mail, telefone e contato do responsável pela solicitação da certificação.

Passo 2

Depois de receber o ofício, a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar direcionará ao HECAD o formulário e as declarações para serem assinadas pela sua direção, documentos estes enviados por meio de *link* do Sistema FORMSUS. Após preenchimento do formulário, a Comissão Interministerial de Certificação analisará o cumprimento dos requisitos gerais e específicos fixados pelos artigos 5º e 6º da Portaria MEC/MS nº 285/2015.

Passo 3

Depois dessa averiguação e verificada a adequação, será agendada uma visita para comprovação *in loco* de que o HECAD atende os requisitos mencionados no passo anterior. Nessa visita, também, serão verificadas as condições impostas para receber a tipologia HE-I ou HE-II.

Dessa inspeção será gerado um relatório de visita que, subsequentemente, deverá ser analisado pela Comissão Interministerial de Certificação de Hospitais de Ensino, que emitirá um parecer conclusivo.

Uma vez que o HECAD receba parecer favorável como HE, será publicado ato específico dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação, certificando a Unidade como tal. Porém, caso a Comissão Interministerial de Certificação confira ao HECAD parecer indicando um Termo de Ajuste, a Unidade terá que, dentro do prazo acordado, adequar-se às pendências elencadas. Neste caso, a documentação comprobatória da realização dos ajustes das pendências deverá ser encaminhada para a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do MS, para verificação e análise.

Operacionalização da proposta

Ao início dos trabalhos na Unidade, a diretoria do CED/Agir verificará quais critérios favoráveis e desfavoráveis o HECAD apresenta para certificação como HE, ou seja, apontará quais conformidades e desconformidades há na Unidade, de acordo com o que preconiza os artigos 5º e 6º da Portaria MEC/MS nº 285/2015.

A tabela abaixo apresenta os requisitos gerais e específicos para a obtenção dessa certificação, bem como a proposta inicial para adequação HECAD a cada requisito:

Tabela 17 - Requisitos e proposta de adequação para tornar o HECAD em HE, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 285/2015.

Requisitos	Proposta de adequação do HECAD
Requisitos gerais – Art. 5º	
I - Ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas de residência médica e em outras áreas profissionais da saúde;	Estabelecer o HECAD enquanto campo de prática dos Programas de Residência Médica e Programas de Residência em Área Profissional de Saúde.
II - Dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e a IES, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades, com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de pesquisa e ensino;	Ofertar vagas de estágio para faculdades que oferecem cursos superiores na área da saúde em Goiás para realização de atividades de ensino e pesquisa no HECAD, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO.
III - Possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, excetuando-se os casos previstos no §1º do art. 8.	Solicitar credenciamento de programas de residência junto à CNRM e CNRMS e, enquanto aguarda resposta, adequar ao que consta no §1º do art. 8 (<i>“abrigar, quando demandado por instituição de ensino do Município ou Região de saúde, em caráter permanente e contínuo, as atividades curriculares da totalidade dos alunos em internato médico curricular obrigatório por área de atuação ou, no mínimo, 20 alunos respeitando carga horária de até 35% do total de horas do curso, conforme definido nas diretrizes curriculares do curso de medicina”</i>)
IV - Possuir, no mínimo, 80 leitos operacionais, no caso de hospitais gerais;	O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois já apresenta o número mínimo de leitos exigidos.
V - Possuir, no mínimo, 50 leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade;	Não se aplica ao HECAD.
VI - Prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS, e;	O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois é um hospital 100% SUS.

<p>VII - Possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS.</p>	<p>O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois é um hospital estadual.</p>
<p>Requisitos específicos – Art. 6º</p>	
<p>I - Ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:</p>	
<p>a) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem; b) Comissão de Documentação Médica e Estatística; c) Comitê de Ética em Pesquisa; d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; e) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes; f) Comissão de Óbitos; g) Comissão de Revisão de Prontuários; h) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional; i) Comissão de Farmácia e Terapêutica, e; j) Comissão de Proteção Radiológica;</p>	<p>Todas as comissões do HECAD serão adequadas, de acordo com as solicitações vigentes no edital deste certame. Aquelas que, porventura, não constarem como obrigatórias no edital mas que o forem para a obtenção da certificação da Unidade enquanto HE, serão implantadas no primeiro trimestre de gestão pela Agir.</p>
<p>II - Ter constituídas e em permanente funcionamento, quando couberem, as comissões assessoras pertinentes, de acordo com o perfil assistencial do estabelecimento hospitalar, que podem ser:</p>	
<p>a) Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos; b) Comitê Transfusional; c) Comissão de Residências em Saúde; d) Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal; e) Comissão de Biossegurança; e f) Comissão de Ética no Uso de Animais;</p>	<p>Todas as comissões do HECAD serão adequadas, de acordo com as solicitações vigentes no edital deste certame. Aquelas que, porventura, não constarem como obrigatórias no edital mas que o forem para a obtenção da certificação da Unidade enquanto HE, serão implantadas no primeiro trimestre de gestão pela Agir.</p>
<p>III - Participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;</p>	<p>O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois o hospital já participa desses programas e políticas. No entanto, a Agir compromete-se a intensificar a atuação da Unidade, nesse sentido.</p>

<p>IV - Constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;</p>	<p>O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois o hospital já se constitui dessa forma. Porém, a Agir compromete-se a reforçar a atuação da Unidade, nesse sentido.</p>
<p>V - Disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;</p>	<p>O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois é um hospital 100% SUS.</p>
<p>VI - Garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;</p>	<p>A Agir garantirá o direito à visita e acompanhante aos pacientes do HECAD, conforme descrito detalhadamente no item correspondente na proposta técnica.</p>
<p>VII - Adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;</p>	<p>A Agir garantirá a adoção de tal programa no HECAD, conforme descrito detalhadamente no item correspondente na proposta técnica.</p>
<p>VIII - Garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:</p>	

<p>a) patologia clínica, dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta no hospital;</p> <p>b) radiologia simples no ambiente hospitalar;</p> <p>c) acesso a eletrocardiografia;</p> <p>d) acesso a ultrassonografia;</p> <p>e) acesso a endoscopia digestiva;</p> <p>f) equipamentos e insumos para suporte avançado de vida e transporte seguro;</p> <p>g) Unidade de Terapia Intensiva, tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional;</p> <p>h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes;</p> <p>i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;</p>	<p>O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois o hospital já possui estrutura de apoio diagnóstico. Porém, a Agir compromete-se a otimizar a atuação da Unidade, nesse sentido, conforme metas do Contrato de Gestão.</p>
<p>IX - Manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;</p>	<p>O HECAD não necessita de adequação a esse requisito, pois o hospital já se constitui dessa forma.</p>
<p>X - Atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS, e;</p>	<p>O HECAD não necessita de adequação a esse requisito. Porém, a Agir compromete-se a gerenciar essa ação de forma efetiva na Unidade.</p>
<p>XI - Garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:</p>	
<p>a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;</p> <p>b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;</p> <p>c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);</p> <p>d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos, e;</p> <p>e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com o perfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.</p>	<p>Todas as ações aqui requisitadas serão implementadas, de acordo com as solicitações vigentes no edital deste certame. Aquelas que, porventura, não constarem como obrigatórias no edital mas que o forem para a obtenção da certificação da Unidade enquanto HE, serão implantadas no primeiro trimestre de gestão pela Agir.</p>

Requisitos adicionais – Art. 10º

OBS.: Para a certificação de HE-I, o HECAD deverá cumprir 3 (três) dos seguintes requisitos adicionais e, para o HE-II a Unidade deverá atender a 6 (seis) requisitos, no mínimo, a saber:

<p>I - Dispor de projeto institucional, próprio ou da IES à qual o hospital for vinculado, para o desenvolvimento de atividades regulares de Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS e de pesquisa científica em áreas da saúde;</p>	<p>A Agir realizará a implantação do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde no HECAD, bem como implantará a Política de Ensino e Pesquisa na Unidade.</p>
<p>II - Dispor da seguinte infraestrutura para o ensino de graduação e pós-graduação:</p>	
<p>a) respeitar os critérios adequados para dimensão, limpeza, iluminação, acústica, ventilação, conservação e comodidade da estrutura física; e b) acesso a bibliotecas virtuais na proporção mínima de 3 (três) terminais com banda larga para o número máximo de 30 (trinta) alunos matriculados nos cursos em funcionamento, conforme parâmetros descritos nos Instrumentos de Avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - SINAES;</p>	<p>Não se aplica ao HECAD.</p>
<p>III - Aderir às normas estabelecidas no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB para seleção dos candidatos aos programas de residência médica oferecidos na instituição;</p>	<p>A Agir compromete-se a realizar a adesão do HECAD ao PROVAB, quando na oportunidade de oferta de programas próprios de residência médica.</p>
<p>IV - Implantar diretrizes recomendadas na Política Nacional de Humanização - PNH para ambiência, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e redes de produção de saúde;</p>	<p>A Agir garantirá a efetiva implantação da PNH no HECAD.</p>
<p>V - Implantar o programa de gestão de riscos com gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde;</p>	<p>A Agir implantará o programa de gestão de riscos com gerenciamento dos resíduos no HECAD, conforme já realiza nas demais unidades de saúde por ela geridas.</p>
<p>VI - Desenvolver atividades em vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância, e tecnovigilância, padronização de medicamentos e vigilância em saúde do trabalhador;</p>	<p>A Agir realizará o desenvolvimento das atividades requeridas neste item, conforme já realiza nas demais unidades de saúde por ela geridas.</p>

VII - Dispor de programa de educação permanente para seus trabalhadores;	A Agir garantirá a efetiva realização de programa de educação permanente dos colaboradores do HECAD, conforme descrito detalhadamente no item correspondente na proposta técnica.
VIII - Comprovar a profissionalização da gestão do estabelecimento hospitalar com qualificação específica de pelo menos metade dos membros da diretoria do hospital;	A Agir já conta com uma equipe de gestão profissionalizada, conforme apresentado no item correspondente na proposta.
IX - Garantir mecanismos de controle social, e;	Serão implantados no HECAD todos os mecanismos de controle social já vigentes nas demais unidades administradas pela Agir.
X - Atuar em ações de matriciamento para outros estabelecimentos da rede de serviços na perspectiva de fortalecimento da RAS.	O HECAD não necessita de adequação a esse requisito. Porém, a Agir compromete-se a gerenciar essa ação de forma efetiva na Unidade.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Cronograma

Tabela 18 - Cronograma de 12 meses para tornar o HECAD em HE, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 285/2015.

Etapa	Ação	Período
1	Adequação do HECAD para certificação em HE, de acordo com a Portaria MEC/MS nº 285/2015.	Mês 01 a 05
2	Solicitação da Certificação de HE, por meio de ofício à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do MS.	Mês 06
3	Preenchimento do FORMSUS com declarações assinadas pelo dirigente do HECAD.	Mês 07
4	Visita in loco do Grupo Técnico de Certificadores dos MS e MEC para avaliação do HECAD.	Mês 08 a 11
5	Obtenção de parecer favorável à certificação do HECAD como HE, com edição de ato específico dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.	Mês 12

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

As etapas 4 e 5 dependem, fundamentalmente, da atuação da Comissão Interministerial de Certificação do Governo Federal. Porém, vale ressaltar que será empreendido todo esforço no sentido de obter-se maior celeridade no processo.

Resultados esperados

Considera-se que o objetivo deste projeto será alcançado, tendo em vista que foi apresentado uma proposta de certificação como HE para o HECAD, baseada nos requisitos obrigatórios para essa certificação e levando-se em conta algumas soluções para as não conformidades identificadas no HECAD.

Como resultado da certificação, espera-se uma significativa melhora nos resultados do desempenho assistencial e financeiro do HECAD, com ações que promovam novos investimentos em equipamentos, capacitação dos colaboradores e gestão de recursos humanos.

Constata-se que a certificação do HECAD como HE representará um avanço no desenvolvimento da Unidade, tendo potencial para colaborar com o aperfeiçoamento dos colaboradores e da gestão, com a intenção de melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados ao SUS e, principalmente, à população do município de Aparecida de Goiânia e região. Também deve-se levar em consideração que essa certificação levará a formação dos profissionais do SUS qualificados tecnicamente e eticamente.

Sem dúvida, ensino, pesquisa e implementação de novas tecnologias em saúde são elementos de grande importância para certificação e contratualização de um hospital como HE. Sendo assim, a certificação do HECAD como HE consolidará o compromisso e incentivo da Agir no fortalecimento do ensino e pesquisa na Unidade.

2.TIME DE ACESSO VENOSO PERIFÉRIO – TAVP COMO FOCO NA MELHORIA DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

1. INTRODUÇÃO

A punção venosa é um dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que causam dor. Na assistência pediátrica, as crianças podem submeter-se a esse procedimento várias vezes no mesmo dia, dependendo da situação clínica e física.

É um procedimento rotineiro realizado pela equipe de Enfermagem, que possibilita a infusão de líquidos, medicamentos, sangue e componentes do sangue, diretamente na rede venosa, através de um cateter venoso periférico, proporcionando efeito imediato, sendo considerado um dos maiores avanços na área da saúde. Porém, a prática da punção periférica requer do Enfermeiro conhecimento, habilidade e prática.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Este projeto tem como finalidade implantar o Time de Acesso Venoso Periférico – TAVP como foco na melhoria da experiência do paciente no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Esse time visa, também, disseminar a prática em todo corpo de Enfermagem, a fim de atuar em possíveis eventos adversos, reduzindo riscos de complicações mecânicas e infecciosas e reduzindo o tempo de hospitalização.

2.2. Objetivos Específicos:

- Padronizar as ações de inserção e manutenção de acessos venosos, visando a segurança do paciente;
- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado e qualificado no HECAD;
- Garantir a segurança do paciente durante a terapia intravenosa.

3. PÚBLICO-ALVO

O projeto contempla as crianças internadas no HECAD, que necessitem de acesso venoso periférico de forma rápida.

4. JUSTIFICATIVA

A promoção da saúde surge quando são identificadas as complicações que interferem no prognóstico da criança. Nesse momento, a Enfermagem atua na elaboração de um plano de cuidados de medidas paliativas e preventivas e traça uma sistematização da assistência para promover a recuperação da saúde.

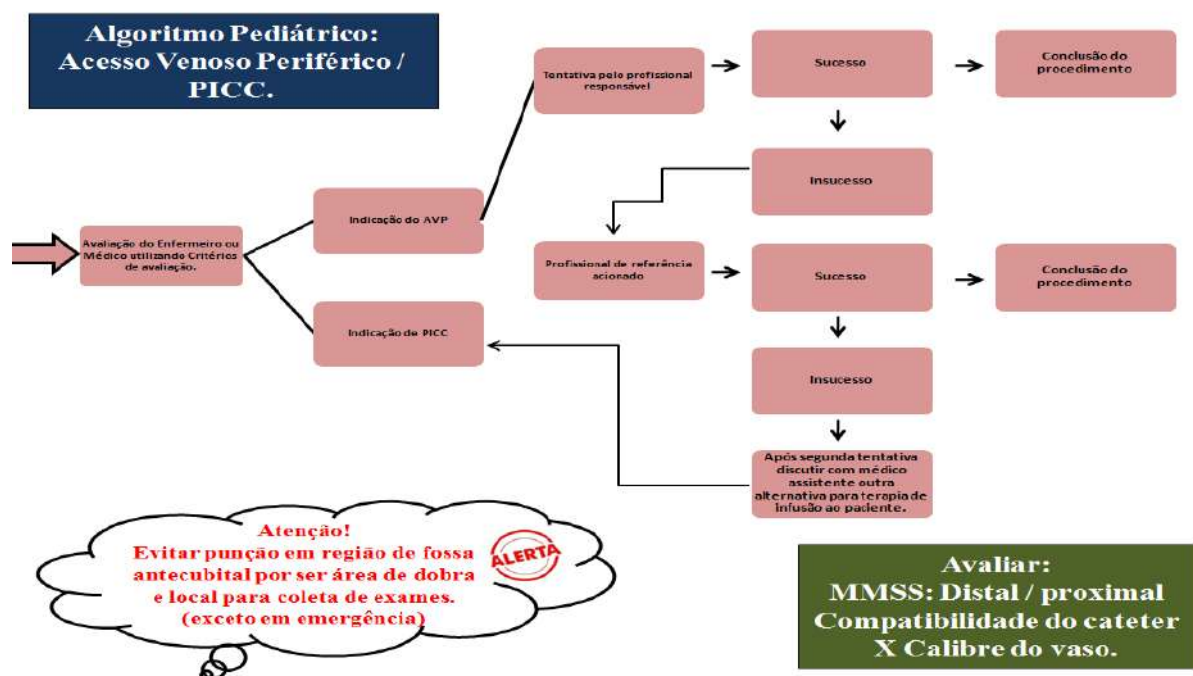
O cuidado no preparo e administração do medicamento evita alterações que comprometem o funcionamento normal do metabolismo do organismo na corrente

sanguínea. Assim, torna-se indispensável o manuseio adequado da administração intravenosa, pois se trata de um procedimento invasivo, exigindo técnica asséptica para que não ocorram comprometimentos futuros em vasos sanguíneos.

Para controle da incidência de eventos relacionados a cateteres de inserção periférica na Unidade, faz-se necessária a formação do TAVP com foco da mitigação de eventos evitáveis relacionados a punção venosa, proporcionando a melhoria da experiência do paciente.

4.1. Operacionalização do projeto

Figura 84 – Operacionalização do projeto de implantação do TAVP no HECAD.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

A escolha de um acesso venoso periférico pela equipe assistencial correlaciona-se com a necessidade de fornecer terapias que não podem ser administradas ou são menos eficazes se administradas por vias alternativas.

Certos medicamentos são mais eficazes quando administrados por via intravenosa devido ao início rápido ou aumento da biodisponibilidade. O acesso periférico, se comparado aos acessos centrais, é considerado mais seguro, além de fácil obtenção é menos doloroso.

Se a dificuldade for prevista ou aparente quando for necessário obter o acesso, o TAVP será acionado para auxiliar na realização do procedimento. Dependendo das circunstâncias clínicas que se encontrar a criança, dificultando o procedimento, o time poderá utilizar equipamentos disponíveis para melhor visualização, como venoscópio, por exemplo.

O uso do venoscópio permite uma visualização das veias do paciente por meio de uma combinação luminosa. Essa combinação é feita por meio de pequenas lâmpadas de *led* que permitem que o profissional da saúde enxergue com precisão a localização da veia do paciente, diminuindo as tentativas de punções evitáveis.

Figura 85 – Venoscópio



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Dentre os cuidados com os acessos venosos periférico, os profissionais do HECAD deverão:

- Sempre lavar as mãos antes de entrar em contato com o paciente;
- Verificar se o acesso está bem fixado na pele;
- No momento do banho, proteger o acesso e evitar com que caia água no local (pode ser feito com plástico);
- Verificar, sempre, se há sinais de sujeira e sangramentos;
- Avaliar se há vermelhidão, edema e se a pele na região do acesso estiver quente;
- Caso o paciente queixe dor durante a infusão de alguma medicação ou mesmo em repouso, o profissional deverá fechar o registro do equipo, imediatamente.

4.2. Técnica para inserção do cateter Venoso Periférico

A seleção do local que será realizado a punção venosa varia de acordo com as circunstâncias clínicas, a duração prevista do tratamento e a condição das extremidades. São recomendados como primeira escolha os locais das extremidades distais.

É importante que se tenha uma comunicação efetiva com a criança, de forma com que ela desenvolva confiança com o profissional. Antes de tudo, o profissional deve explicar o procedimento para a criança. Posteriormente, deve inspecionar todo o membro da criança, sem pressa, palpando toda rede venosa dando preferência as veias mais proeminentes, firmes e menos tortuosas.

Após finalizada punção, recomenda-se observar sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto do paciente (se houver, retirar o cateter imediatamente) e fixar o dispositivo.

Conforme avaliação da equipe de Enfermagem, se ocorrer uso de medicação contínua por dias, o Enfermeiro poderá recomendar a implantação do Cateter Venoso de Inserção Periférica - PICC.

O PICC é um dispositivo alongado, maleável, introduzido em vaso periférico. A realização do procedimento, quando bem avaliado, é relevante no contexto da saúde, pois proporciona ao paciente uma assistência segura, qualificada e humanizada, reduzindo o índice de múltiplas punções, trazendo conforto e reduzindo o estresse e ansiedade do paciente relacionado ao procedimento.

A equipe deve avaliar a criança quanto aos seguintes critérios de inclusão:

- Pacientes de 0 dias até 13 anos, 11 meses e 29 dias, que necessitem de administração de:
- Soluções hiperosmolares (≥ 700 mOsm/l);
- Nutrição parenteral;
- Solução glicosada com concentração de dextrose maior que 10%;
- Aminas vasoativas;
- Soluções irritantes e/ou vesicantes;
- Antibioticoterapia ou infusão venosa por tempo superior a 6 dias.

4.3. Atividades inerentes aos profissionais:

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Reunir o material e equipamentos eletrônicos que serão necessários para a implantação do cateter;
- Reunir e testar a integridade/funcionamento dos materiais e dos equipamentos;
- Preparar o cliente;
- Auxiliar nos procedimentos de implantação, manutenção e remoção do PICC;
- Verificar a compatibilidade das drogas a serem infundidas no cateter;
- Avaliar a permeabilidade do cateter a cada 3 horas;
- Realizar *flush* ou salinização para manter a permeabilidade do cateter a cada 3 horas;
- Auxiliar o enfermeiro na troca do curativo.

Enfermeiro

- Conhecer o quadro atual do cliente (diagnóstico de internação e evolução clínica);
- Ser capacitado e habilitado em implantação de PICC;
- Ser capacitado em Suporte Avançado de Vida;
- Analisar o risco benefício da implantação do PICC;
- Realizar o preparo do cliente para o procedimento;
- Avaliar e selecionar o acesso venoso e o cateter;
- Inserir o PICC;
- Registrar a realização do procedimento, as intercorrências, condutas e demais informações no Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP;
- Avaliar, diariamente, a necessidade de uso do cateter;
- Verificar a compatibilidade das drogas a serem infundidas no cateter;
- Avaliar e realizar curativo e sítio de inserção do cateter para detecção precoce de possíveis sinais flogísticos;
- Remover o cateter e registrar a realização do procedimento, incluindo a ocorrência de intercorrências;

- Atuar nas possíveis intercorrências e eventos adversos;
- Realizar as condutas e demais solicitações em PEP;
- Realizar técnica de desobstrução, quando necessário, e, caso a desobstrução não se resolva em até 24 horas, retirar o cateter;
- Treinar/capacitar a equipe de Enfermagem;
- Realizar *flush* ou salinização para manter a permeabilidade do cateter;
- Avaliar a permeabilidade do cateter, diariamente.

Médico

- Prescrever a implantação do PICC;
- Solicitar o raio-X para confirmação do posicionamento do PICC;
- Avaliar o raio-X, confirmar o posicionamento da ponta do cateter e liberar o PICC para uso;
- Discutir com o Enfermeiro resultado de exames laboratoriais que impeçam a realização do procedimento de implantação do cateter;
- Prescrever a retirada do PICC;
- Solicitar hemocultura e colher junto à ponta do cateter, após remoção do PICC, quando a retirada dele se der por infecção.

4.4. Escolha da lateralidade ou membro disponível:

- Lado Direito: Medir do ponto de inserção, ao longo do trajeto da veia, até a extremidade esternal da clavícula direita (cabeça da clavícula direita) e descer até o 3º espaço intercostal direito.
- Lado Esquerdo: Medir do ponto de inserção, ao longo do trajeto da veia, até a extremidade esternal da clavícula esquerda (cabeça da clavícula esquerda), continuar até a extremidade esternal da clavícula direita e descer até o 3º espaço intercostal direito.

*Quando a veia selecionada for do membro superior, será necessário posicionar o braço a um ângulo de 90° em relação ao corpo para a realização da mensuração do cateter.

- Lado Direito e Esquerdo: Medir do ponto de inserção, ao longo do trajeto da veia, até a região inguinal e seguir até a cicatriz umbilical, finalizando no apêndice xifoide.

Quadro 21 – Calibre do PICC, de acordo com a idade da criança.

Idade da criança	Calibre do cateter
RN e lactentes menores de 1 ano	1.2 a 2 french
Crianças de 1 a 5 anos	2,8 a 3 french
Crianças maiores de 5 anos e adolescentes	3 a 5 french

5. RESULTADOS ESPERADOS

Humanizar é tornar humano, dar condição humana, tornar benévolo. Também pode ser definida como fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar, o que significa que o ser humano, apesar da natureza humana, necessita construir e aperfeiçoar esta mesma natureza para poder relacionar-se com o outro de forma afável.

A humanização do cuidado se alia à conscientização do profissional de saúde sobre seu trabalho, sobre os direitos do paciente e sobre a importância do trabalho em equipe multidisciplinar.

A preocupação do profissional não deve ser apenas em atender a criança no sentido de realizar procedimentos, mas sim de manter uma relação de empatia com ela, procurando demonstrar confiança, respeito e, principalmente, sensação de bem-estar.

Nessa mesma perspectiva, com foco na melhoria da experiência do paciente, espera-se que o projeto traga a reflexão aos profissionais de saúde, no tocante da demonstração do sentimento de empatia para com os pacientes, buscando alternativas para minimizar a dor em procedimentos dolorosos.

3. SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM PACIENTES PORTADORES DE HEMANGIOMA INFANTIL

1. INTRODUÇÃO

O hemangioma infantil – HI é denominado como tumor benigno e é evidenciado em maior prevalência na infância. A grande maioria dos HI não necessitam de intervenção, mas alguns deles podem estar associados a importantes alterações estéticas e apresentação clínica.

Caracterizam-se por uma fase de rápida proliferação vascular no primeiro ano de vida, seguida por uma fase degenerativa, na qual o tecido vascular degenera gradualmente e é substituído por tecido fibroso, seguido por uma fase degenerativa. Não há mais nenhuma modificação. Na lesão, é chamado de involução.

É importante enfatizar que os hemangiomas congênitos são entidades biológicas que se comportam de forma diferente dos HI, pois caracterizam-se por sua presença e pleno desenvolvimento ao nascimento, e não por uma fase proliferativa pós-natal.

Dados epidemiológicos mostram que os hemangiomas estão presentes em aproximadamente 4-5% da população. Se avaliada no primeiro ano de vida, a incidência aumenta para 10-12%. Cerca de 80% das lesões aparecem no primeiro mês de vida e 60% dos casos localizam-se no pescoço e face.

O sexo feminino é acometido com uma frequência de 2 a 3 vezes maior do que o sexo masculino. Os fatores de risco incluem parto prematuro, especialmente associado ao baixo peso ao nascer, bem como fatores maternos (idade materna, placenta prévia, pré-eclâmpsia etc.).

São, em sua maioria, esporádicos, embora haja uma forma de transmissão familiar. Os sinais da doença podem ser encontrados mais comumente na região da cabeça e pescoço, embora possam estar presentes em qualquer área da pele, membranas mucosas e órgãos internos.

Em relação às possíveis complicações, pode-se citar úlceras, sangramentos, distúrbios visuais, complicações viscerais e, dependendo da localização anatômica, obstrução do canal auditivo, distúrbios alimentares ou distúrbios vocais.

Assim, percebe-se que a identificação da doença em seus estágios iniciais e o encaminhamento flexível e adequado ao atendimento especializado fornecem os recursos necessários para melhores resultados do tratamento e prognóstico do caso.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Proporcionar atendimento qualificado e de referência aos pacientes do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD portadores de hemangioma, bem como proporcionar um acompanhamento humanizado por uma equipe especializada.

2.2. Objetivos Específicos

- Prevenir ou reverter complicações com risco de vida ou de disfunção permanente e/ou minimização de deformações decorrentes do quadro de HI;
- Desenvolver ações de prevenção, de detecção precoce e de tratamento das anomalias vasculares;
- Promover a capacitação dos recursos humanos do HECAD acerca do manejo adequado dos HI e das anomalias vasculares;
- Combater o preconceito e a discriminação relacionados aos HI e às anomalias vasculares, por meio de campanha de esclarecimento.

3. PÚBLICO-ALVO

O projeto inclui crianças portadoras de HI, que necessitem de acompanhamento e tratamento especializado no HECAD.

4. JUSTIFICATIVA

O reconhecimento da doença em seus estágios iniciais, associado a um tratamento especializado, podem demonstrar resultados importantes e significativos no prognóstico dos casos. Portanto, ressalta-se a importância do acompanhamento dos HI.

Na mesma perspectiva, as equipes devem ser capacitadas para atuar no tratamento dessas crianças no HECAD. Com tratamento e acompanhamento, espera-se que a proporção de lesões e os sintomas resultantes diminuam, proporcionando uma vida normal para as crianças com a doença.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

O atendimento fundamenta-se em uma equipe especializada e de referência no manejo e tratamento dos pacientes portadores de HI.

A conduta terapêutica a ser aplicada será de forma individualizada, sendo analisado o tamanho da lesão, localização, presença ou possibilidade de complicações, potencial para fibrose e deformações permanentes, além da idade do paciente e taxa de crescimento ou regressão no momento da avaliação.

O tratamento poderá incluir o uso de dispositivos emissores de energias lumínicas, como *lasers* e luz intensa pulsada, que têm demonstrado resultados significativos na regressão das lesões, proporcionando uma redução do fluxo de sangue, eliminando alguns vasos.

Além da possibilidade do uso de terapia a *laser* ou escleroterapia, vislumbra-se o uso de substâncias que, quando associadas, podem trazer resultados positivos para o tratamento de lesões por HI.

Conforme Dr. Zacarias Calil, Médico cirurgião pediátrico do HECAD, especialista em tratamento de HI, a associação do acetato de triancinolona 40mg com o nitrato de prata a 0,5% no tratamento dos HI e dos linfo-hemangiomas por infiltração intralesional em crianças proporcionam um sinergismo que potencializa a ação desses 2 produtos e que, quando injetados dentro da lesão, promovem uma rápida redução da massa tumoral, evitando a sua proliferação e impedindo o seu crescimento, com possibilidade de cura.

A associação é infundida utilizando-se uma seringa descartável de 10ml e uma agulha para aspiração das substâncias, além de uma agulha longa de 24mm para a injeção intralesional. Todo o procedimento deve ser realizado em ambiente estéril, com todos os cuidados de higienização.

Após concluído o tratamento, os pacientes deverão manter acompanhamento médico ambulatorial nos primeiros 2-3 anos, semestralmente.

Essa invenção vem solucionar um problema sério de patologias que causam deformidades severas em que o paciente é excluído do convívio social e que até há pouco tempo eram impossíveis de serem tratadas, tanto do ponto de vista cirúrgico como clínico.

É inegável que a capacitação adequada dos profissionais de saúde e a realização de campanhas de esclarecimento podem combater o preconceito e a discriminação a esses pacientes, haja vista que o preconceito é provocado pelo

desconhecimento da população sobre os hemangiomas e outras anomalias vasculares.

Nesse contexto, espera-se que, além de oferecer um tratamento e acompanhamento especializado para com essas crianças, também o HECAD também possa mudar paradigmas na sociedade.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.326, de 25 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Hemangioma Infantil.

Chinnadurai, S., *et al.* Pharmacologic Interventions for Infantile Hemangioma: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016.

Hiraki, P.Y.; Goldenberg, D.C. Diagnóstico e tratamento do hemangioma infantil. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010;25(2):388-97.

Metry, D.W. Epidemiology; pathogenesis; clinical features; and complications of infantile hemangiomas, 2017.

4. PROJETO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM PEDIATRIA

1. Introdução

A atenção à Saúde da Criança no Brasil alcançou muitos avanços ao longo da história, com fortes marcadores de qualidade, como a redução da mortalidade infantil e a diminuição da incidência de doenças infecciosas.

Considerando que um sistema de saúde é composto por um conjunto de instituições, órgãos, serviços e pessoas responsáveis por ações que assegurem a manutenção e a recuperação da saúde de uma coletividade, todos os componentes do sistema devem funcionar de maneira articulada e assegurar o cumprimento das ações de sua responsabilidade, quando forem acionados.

Sendo o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD uma unidade assistencial importante para o sistema de saúde em Goiás, compete a esta Unidade ofertar assistência integral que contemple atividades assistenciais para além dos cuidados durante a hospitalização. Dessa forma, a busca pela desospitalização atende a uma demanda para o perfil pediátrico, quando couber, ofertando Assistência

Domiciliar – AD, que consiste na provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional.

De acordo com a Portaria nº 825/2016, os objetivos da AD consistem na redução da demanda pela assistência hospitalar, redução da permanência de usuários nas instituições hospitalares, humanização da assistência com a promoção da autonomia dos usuários, desinstitucionalização e otimização dos recursos das Redes de Atenção à Saúde - RAS.

A hospitalização em crianças com doenças crônicas, em média, ocorre 4 vezes mais e com tempo de permanência 7 vezes maior que em crianças sem uma doença crônica.

Para atender às necessidades especiais presentes nas condições crônicas, estabelece-se a atenção integral, continuada e humanizada como principal estratégia. E a AD, por suas características, possui grande potencialidade no cuidado aos portadores dessas condições, que demandam atenção longitudinal por equipe multiprofissional.

O grupo de pacientes mais comumente selecionado para os cuidados domiciliares é o constituído por portadores de doenças crônico-degenerativas, por portadores de doenças que necessitem de cuidados paliativos e por portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Nesta população, há um grande contingente de crianças e adolescentes que poderiam ser beneficiados, juntamente com suas famílias, considerando que o grupo de crianças e adolescentes constituem o segundo grande grupo etário beneficiado pela AD, superado apenas pelo grupo dos idosos.

Nesse sentido, a família também se torna objeto de cuidado e precisa ser alvo de ações assistenciais e de apoio no enfrentamento da nova situação, em que há alteração da estrutura familiar, adaptação à nova dinâmica e distanciamento da criança e seu cuidador durante as frequentes hospitalizações.

Uma vez que o HECAD é uma unidade hospitalar voltada a atendimentos de média e alta complexidade, a proposta aqui apresentada consiste em atender crianças e adolescentes com acompanhamento no domicílio, de acordo com suas necessidades, no perfil AD2 e AD3, por meio do Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD.

A modalidade da assistência em AD será definida a partir das necessidades de cuidado do usuário, da demanda de periodicidade das visitas, da intensidade do cuidado multiprofissional e da necessidade do uso de equipamentos.

2. Objetivo Geral

Este projeto visa ofertar assistência humanizada aos pacientes do HECAD, por meio de um programa de atenção domiciliar adequadamente indicado e executado, contribuindo para a desospitalização no atendimento à saúde, o que traz grandes benefícios à criança, ao adolescente e às suas famílias.

2.1. Objetivos Específicos

- Assegurar que a criança e o adolescente sejam priorizados no direito à AD;
- Garantir que os atendimentos em AD à criança e ao adolescente sejam realizados em conformidade com a resolução CFM nº 1668/2003 e a RDC nº 11 da Anvisa;

3. Público-alvo

Crianças com faixa etária a partir de 29 dias até 13 anos 11 meses e 29 dias, que passaram por hospitalização no HECAD e que apresentem quadros complexos que se destaquem principalmente em doenças neuromusculares, sequelas de traumas, hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca congestiva por miocardiopatia, paralisia cerebral, síndromes congênitas e distúrbios genéticos diversos, além de necessidade de ventilação mecânica e necessidade de antibioticoterapia venosa e outros tratamentos parenterais.

4. Justificativa

A modalidade de assistência prestada está diretamente relacionada à sobrevivência dos indivíduos em situação crítica. A queda na taxa de mortalidade ocorre decorrente dos avanços nas abordagens terapêuticas para pacientes crônicos e do progressivo crescimento da compreensão do comportamento fisiopatológico de suas condições. Porém, pacientes que sobrevivem às situações críticas, frequentemente, desenvolvem incapacidades permanentes e experimentam sofrimento intenso, que pode afetar toda a família e modificar suas atividades de vida. Nesse sentido, a AD vem destacando-se como estratégia de acompanhamento e desospitalização de usuários, inclusive de crianças.

Considerando que as crianças e adolescentes, devido à condição crônica e o crescimento da expectativa de vida, serão por muitos anos demanda dos serviços de saúde, as ações desenvolvidas na AD deverão buscar atendê-las de forma que se evitem agudizações e hospitalizações, auxiliando na desospitalização.

Desta forma, este projeto justifica-se pela necessidade do desenvolvimento de estratégias específicas para o acompanhamento destas crianças na AD, uma vez que o serviço do HECAD contemplará leitos específicos para pacientes crônicos, que poderão ser beneficiados por um cuidado por meio de uma AD integral e eficiente.

5. Metodologia

O SAD é mais um dos componentes do Sistema Único de Saúde - SUS. Para sua implantação, é essencial estabelecer acordos, pactos, fluxos e protocolos de assistência. Para o seu devido desenvolvimento, a Unidade deverá:

- Reconhecer a importância de garantir a infraestrutura de funcionamento do SAD;
- Eleger critérios de admissão dos usuários do SAD.

O SAD será executado por uma equipe própria do HECAD e obedecerá, minimamente, a composição de Equipe Multiprofissional de Apoio – EMAP, devendo apresentar uma composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, cuja soma das cargas horárias semanais dos componentes acumule, no mínimo, 90 horas semanais, dentre as seguintes categorias:

- Assistente Social;
- Fisioterapeuta;
- Odontólogo;
- Psicólogo;
- Fonoaudiólogo;
- Farmacêutico;
- Nutricionista;
- Terapeuta Ocupacional.

A equipe fará a maior parte de suas atividades fora da Unidade, tendo disponibilidade e facilidade no deslocamento do material e dos equipamentos. Por esse motivo, deverá contar com um espaço físico que otimize o uso dos equipamentos disponíveis, atendendo aos seguintes requisitos:

- Presença de Médico Pediatra em toda EMAD do HECAD;
- Treinamento continuado para equipes da EMAD no atendimento às crianças e aos adolescentes;
- Transporte realizado por profissionais especializados no atendimento à criança e ao adolescente, com disposição de equipamentos próprios para atender às necessidades de pacientes neonatos e pediátricos;
- Garantia da presença do cuidador não-familiar, quando for o desejo da família;
- Garantia de que o treinamento em AD seja incluído nos Programas de Residência Médica em Pediatria.

5.1. Processos Administrativos

Os seguintes processos administrativos devem ser observados:

- Agendamento das visitas;
- Transporte das equipes durante todo o período de trabalho;
- Discussão e aprovação dos trâmites burocráticos para disponibilização de materiais/insumos;
- Discussão e acompanhamento da evolução dos diferentes projetos terapêuticos e nos respectivos contextos familiares e ambientais em que as equipes atuam;
- Viabilização dos espaços de educação permanente.

5.2. Protocolos e Fluxos de Acesso ao SAD

Protocolos e fluxos de acesso com critérios claros de elegibilidade deverão ser definidos e divulgados amplamente.

Inicialmente, o serviço propõe-se a atender os pacientes que passarem por processo de internação no HECAD, sendo que o hospital receberá pacientes para internação de qualquer um dos serviços que compõem a RAS, tais como UBS, SAMU e hospitais que, posteriormente, poderão evoluir para a AD.

Além disso, a solicitação de acesso ao SAD poderá originar-se pelas equipes assistenciais da Unidade ou por iniciativa dos próprios pacientes, familiares, conforme fluxo descrito na figura abaixo:

Figura 86 - Fluxo de acesso ao SAD.



Fluxo de acesso ao SAD.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

5.2.1. Solicitação

Quanto à forma de solicitação, deve-se atentar para os tópicos:

- Deverá ser realizada em instrumento próprio, corretamente preenchido e encaminhado ao SAD;
- Deverá conter descrição detalhada das condições clínicas do paciente, incluindo histórico, exames, intercorrências e justificativa do encaminhamento ao SAD;
- A família deverá estar ciente da solicitação e de acordo.

5.2.2. Análise do pedido

A análise da solicitação deverá ser realizada por um membro da EMAD, que averiguará os critérios de elegibilidade.

Posteriormente, será realizado o agendamento de visita pré-admissional e/ou de ambiência para a análise das condições domiciliares.

O parecer final em relação ao pedido será definido em reunião da equipe.

5.2.3 Emissão de parecer

Quando um pedido não for aceito, caberá ao SAD encaminhar um documento ao solicitante com a exposição dos motivos que justificam a negativa.

Quando um pedido for aceito, o SAD deverá agendar a primeira visita, preferencialmente com a presença de todos os integrantes do EMAD para avaliação conjunta, orientações e assinatura do Termo de Consentimento.

A partir de então, a equipe deverá proceder à elaboração do projeto terapêutico, bem como deverá tomar as devidas providências para solicitação e encaminhamento para disponibilização dos insumos e equipamentos necessários ao caso.

5.2.3 Evolução do caso

A evolução do caso poderá resultar nos seguintes desfechos: melhora do quadro, piora, óbito.

No caso de melhora com estabilização do quadro, o SAD deverá encaminhar o paciente para a modalidade AD1, sob cuidados da equipe de Atenção Básica.

No caso de piora, o paciente deverá ser removido para o setor de Urgência e Emergência ou Internação do HECAD.

Na ocorrência do óbito, este será atestado pelo Médico do SAD responsável pelo atendimento na data e no horário de sua ocorrência. Nos finais de semana e período noturno, quando não houver funcionamento do SAD, o atestado será emitido por órgão competente. A EMAD fará visita pós-óbito aos familiares.

5.3. Critérios e condições de elegibilidade, alta ou saída na AD

Haverá critérios de admissão e de alta ou saída dos pacientes, que definirão quem poderá ser atendido no SAD, podem ser critérios clínicos e critérios administrativos, a saber:

- Critérios clínicos: Definem o tipo necessário de modalidade de atenção domiciliar;
- Critérios administrativos: Devem ser aplicados em todos os casos.

6. Resultados Esperados

A implantação de um serviço de saúde traz o desafio de garantir a qualidade da atenção integral prestada aos pacientes que dele necessitem.

Neste contexto, a AD propiciará a melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes do HECAD, a partir da reorganização das ações, baseada no conhecimento da realidade local.

Assim, espera-se que o acompanhamento das crianças em condições crônicas - e de sua família - pelo SAD da Unidade promova a continuidade do cuidado de forma humanizada, de modo que o paciente vivencie o cuidado continuado e articulado, por meio da construção de vínculos entre ele e os profissionais de saúde, visando sua maior autonomia dentro da RAS.

7.Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

Leite, M.T. Envelhecimento humano: novas e velhas demandas no campo da saúde. Dallepiane LB, organizador. Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. Ijuí, RS: Unijuí; 2009. p. 95-106.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Oliveira Neto, A.V.; Dias, M.B. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? Divulgação em Saúde para Debate 2014; n. 51, p. 58-71.

5. PROJETO “BRINCAR É COISA SÉRIA”

1.INTRODUÇÃO

A administração de um hospital público e pediátrico requer o reconhecimento das demandas trazidas por uma criança ou adolescente em suas dimensões bio-psico-socio-espirituais.

A internação de uma criança ou adolescente implica em mudanças bruscas na rotina com o afastamento de seus familiares, escola, amigos, brinquedos etc., e a permanência em um ambiente desconhecido e inóspito, com alimentação diferenciada e dependência para atividades outrora corriqueiras. Assim, o medo e o estresse podem ser acentuados e intensificados ao longo dos dias de internação.

Por isso, é de grande relevância para o tratamento clínico do paciente, minimizar os impactos emocionais da criança e/ou adolescente hospitalizado, ressignificando sua passagem pelo ambiente hospitalar.

Nessa perspectiva, entende-se que atividades lúdicas devem ter a função de intervenção terapêutica no contexto hospitalar porque, brincando, a criança poderá relaxar e compreender a situação, experimentando diferentes respostas de ajustamento ao meio.

2.OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Desenvolver um ambiente hospitalar lúdico no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, por meio da implantação do Projeto “Brincar é coisa séria”.

2.2. Objetivos Específicos:

- Validar o cunho terapêutico do “brincar” no contexto hospitalar;
- Garantir o direito de brincar dos pacientes;
- Proporcionar um ambiente mais acolhedor e humanizado;
- Minimizar o comprometimento cognitivo da criança e do adolescente internado.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças e adolescentes internados no HECAD.

4. JUSTIFICATIVA

Sabe-se que tanto a hospitalização como a doença podem provocar estresse à criança, uma vez que ela pode entrar em um nível de sofrimento emocional e físico, em decorrência da situação.

Essa experiência pode criar ameaças reais ou imaginárias, que podem ser expressas por meio do medo de profissionais de saúde, choro, agressividade, dependência, ansiedade, depressão, distúrbio do sono, evitação dos procedimentos médicos e outras formas de respostas.

Diante da discussão exposta pretende-se, neste Projeto, garantir que, no HECAD, brincar constitua uma estratégia adequada para o enfrentamento da hospitalização de crianças, na medida em que este ato está ligado, diretamente, ao

bem-estar psicológico da criança, o que pode impactar de forma positiva em seu quadro clínico.

Assim, mesmo que em ambiente diferente, poder familiarizar o paciente com algum aspecto que o faça sentir-se menos distante de sua rotina doméstica é favorável para que seu humor permaneça estável e seu estado psicológico geral seja compensado.

A estratégia do brincar, usada de forma terapêutica no contexto hospitalar pode contribuir na melhora do repertório da criança/adolescente, socializando a criança no contexto hospitalar, generalizando tais ganhos para as diversas situações que o paciente pode vir a enfrentar na internação.

5.Operacionalização da Proposta

O Projeto “Brincar é coisa séria” visa desenvolver um modelo de atenção hospitalar e pediátrica pautada no brincar, por meio de estratégias que alcancem toda a experiência do paciente da Unidade, da admissão até a alta, em 2 (duas) vertentes:

5.1. Ambiência

Com a finalidade de adaptar a estrutura da Instituição ao universo mais próximo possível do ambiente doméstico da criança, pretende-se:

- Plotar as paredes da Unidade com imagens infantis, que remetam à infância saudável e feliz;
- Realizar cerimônia de votação simbólica junto aos pacientes e eleger um símbolo mascote para a Instituição;
- Implantar uma brinquedoteca para os pacientes internados;
- Dar nomes lúdicos aos espaços assistenciais do HECAD (Quadro 1);
- Criar elevadores de viagem espacial, plotando os elevadores que transportam pacientes remetendo uma experiência de viagem especial, com foguete, astronauta, estrelas e planetas, nas paredes, teto e porta;
- Criar pista de corrida na rampa, por meio de plotagem lateral com carros de corrida, remetendo um circuito de Fórmula 1. Ao final de cada lance de rampa, será organizado o ambiente para um *pitstop* simbólico, com placas sinalizando primeira,

segunda ou terceira parada e ao final da rampa do segundo andar, será decorado o ambiente de chegada, com faixa, pódio e troféu.

Figura 87 – Proposta de nomenclatura dos leitos do HECAD.

Proposta de Nomenclatura dos Leitos agir						
Enfermarias Individuais:		Enfermarias Duplas		UTI's		
ALA-AMOR	ALA-BONDADE	ALA-CARINHO	ALA-DOÇURA	UTI Amiga	UTI do Bem	
1	21	41-A	60-A	1	1-A	
2	22	41-B	60-B		2-A	
3	23	42-A	61-A	2	3-A	
4	24	Enfermarias	61-B		4-A	
5	25	43-A	62-A	3	5-A	
6	26	43-B	62-B		6-A	
7	27	44-A	63-A	4	7-A	
8	28	44-B	63-B		8-A	
9	29	45-A	64-A	5	9-A	
10	30	45-B	64-B		10-A	
11	31	46-A	65-A	6		
12	32	46-B	65-B		11-B	
13	33	47-A	66-A	7	12-B	
14	34	47-B	66-B		13-B	
15	35	48-A	67-A	8	14-B	
16	36	48-B	67-B		15-B	
17	37	49-A	68-A	9	16-B	
18	38	49-B	68-B		17-B	
19	39	50-A	69-A	10	18B	
20	40	50-B	69-B		19-B	
		51-A	70-A	11	20-B	
		51-B	70-B		Total=10	
		52-A	71-A	12	Total=20	
		52-B	71-B			
		53-A	72-A	13		
		53-B	72-B			
		54-A	73-A	14		
		54-B	73-B			
		55-A	74-A	15		
		55-B	74-B			
		56-A	75-A	16		
		56-B	75-B			
		57-A	76-A	17		
		57-B	76-B			
		58-A	77-A	18		
		58-B	77-B			
		59-A	78-A	19		
		59-B	78-B			
		Total=38	Total=38			
Total de Leitos Individuais = 40		Total de Leitos Duplos= 76		Total de leitos de UTI=30		
Total de Leitos = 146						

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

5.2. Brincadeira:

Pretende-se, nesta vertente, estabelecer estratégias, de forma que o brincar possa ser vivenciado pelo paciente em toda sua jornada de internação.

Para o sucesso da estratégia, serão desenvolvidas as ações:

- Sensibilizar os colaboradores sobre o senso de brincar, desde o momento da buscando estabelecer, na Instituição, uma cultura baseada neste ato;
- Contratar para atuação na Instituição, profissionais da Pedagogia Hospitalar, os quais assumirão o atendimento didático-pedagógico das crianças, intervindo não somente na continuidade do processo de aprendizagem escolar como também na ludoterapia e promoção de oficinas de recreação lúdicas e criativas;
- Estabelecer parcerias com grupos de palhaços voluntários para atividades lúdicas, sobretudo aos finais de semana;
- Abrir campo para voluntariado na Unidade, seguindo a formalidade do rito de recrutamento, sendo as vagas destinadas, exclusivamente, para brincar com os pacientes. Os voluntários poderão ser acompanhados pelas equipes de Pedagogia Hospitalar, Psicologia, Serviço Social, ou áreas afins. Buscar no recrutamento, pessoas com conhecimento em libras, de forma a garantir equidade a todo paciente internado;
- Adquirir um aparelho *tablet* para cada leito das unidades de Internação, destinando-os ao uso recreativo pelos pacientes, no período que permanecerem em leito. Os *tablets* terão jogos educativos e com finalidade terapêutica e serão monitorados pelas equipes de Pedagogia, Terapia Ocupacional e Psicologia;
- Realizar empréstimo de brinquedos em leito (Brinquedo Itinerante) para os pacientes em precauções de contato ou respiratória, que estejam em isolamento. O brinquedo passará por processo de higienização após o uso;
- Desenvolver um cronograma de oficinas livres na brinquedoteca do HECAD, conduzidas pela equipe de Pedagogia Hospitalar, entre 07:00 e 19:00 horas, todos os dias da semana, de forma a contemplar todas as crianças da Internação, com a maior frequência possível;
- Desenvolver um Calendário Anual de Oficinas Dirigidas, sendo uma por semana, contemplando o maior número de pacientes possível. Para cada oficina deverá ser levada em consideração a idade, o nível de desenvolvimento da criança e o local onde possa brincar (riscos infecciosos), ajustando o cronograma a demanda de pacientes no momento:

Tabela 19 – Sugestão de Calendário Anual de Oficinas Dirigidas.

Mês	Oficina:	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.
01	Dia da gratidão – Oficina da gratidão	x			
	Oficina de jogos de tabuleiro		x		
	Pintura em tela			x	
	Cineminha				x
02	Banho de sol no jardim	x			
	Oficina de dobraduras		x		
	Confecção de máscaras			x	
	Matinê humanizada				x
03	Dia da Mulher - Oficina de confecção de lembrancinhas	x			
	Oficina de coordenação motora ampla		x		
	Dia mundial da saúde bucal -Oficina de escovação			x	
	Cineminha				x
04	Dia do índio - Contação de histórias	x			
	Dia do livro - Contação de histórias		x		
	Confecção de palhaços			x	
	Dia do circo - Ação com voluntários			x	
	Gincana de páscoa				x
05	Dia das Mães - Confecção de lembrancinhas	x			
	Oficina de origami		x		
	Homenagem dia da Enfermagem			x	
	Cineminha				x
06	Plantação de girassol – meio ambiente	x			
	Lixo que vira luxo – Oficina com sucata		x		
	Arraial do HECAD			x	
	Cineminha				x
07	Oficina de férias em Goiás – Cora Coralina	x			
	Oficina de férias em Pirenópolis - Cavalhadas		x		
	Oficina de férias em Caldas Novas – Águas quentes			x	
	Oficina de férias no Araguaia - Pescaria				x
08	Dia dos pais - Oficina de confecção de lembrancinhas	x			
	Dia Nacional da Saúde - Contação de histórias		x		
	Atividades folclóricas			x	
	Cineminha				x
09	Independência do Brasil - Contação de histórias	x			
	Início da Primavera - Oficina de mandalas		x		
	Dia da árvore - Oficina de plantio			x	
	Cineminha				x
10	Dia da Música - Matinê Humanizada	x			
	Dia Mundial do sorriso - Concurso de piadas		x		
	Oficina de lavagem das mãos			x	
	Cineminha				x
11	Oficina de coordenação motora ampla	x			
	Dia da criatividade - Show de talentos		x		
	Oficina de origami			x	
	Cineminha				x
12	Dia da Família - Oficina de apresentação da família	x			
	Dia da Pessoa com deficiência - Contação de Histórias		x		
	Oficina de direitos e deveres – Declaração Universal dos Direitos Humanos			x	
	Teatro de Natal				x

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

6. Referências

Aragão e Azevedo. O brincar no hospital: análise de estratégias e recursos lúdicos utilizados com crianças. In: Estudos de Psicologia (Campinas), Londrina, 2001.

Taam, R. Pelas trilhas da emoção: a educação no espaço da saúde. Maringá: Eduem, 2004.

6. PROJETO IMPLANTAÇÃO DA SALA DE VACINA NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HECAD

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização - PNI organiza toda a Política Nacional de Vacinação da população brasileira e tem como missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. São considerados umas das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública no Brasil, em especial pelo importante impacto obtido na redução de doenças nas últimas décadas.

O PNI é resultado da integração do nível municipal, estadual e federal. As vacinas estão disponíveis em todos os postos do país com o objetivo de garantir a adequada imunização para todas as pessoas sem exceção.

O PNI recomenda que as atividades em sala de vacina sejam realizadas por equipe de Enfermagem capacitada para o manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos. A equipe é composta, preferencialmente, por 2 (dois) técnicos ou auxiliares de Enfermagem para cada turno de trabalho e um Enfermeiro responsável pela supervisão das atividades da sala de vacina e pela educação permanente da equipe.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Este projeto visa a continuidade e integralidade da assistência dos pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, por meio da implantação da Sala de Vacina e busca ativa da situação vacinal dos pacientes atendidos no Ambulatório, bem como daqueles provenientes de demanda espontânea.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conscientizar pais e responsáveis de pacientes do HECAD e da comunidade em geral sobre a importância da vacinação na prevenção de doenças, mantendo o calendário vacinal atualizado das crianças e adolescentes;
- Fortalecer na equipe de Enfermagem do HECAD a importância do seu papel na promoção da saúde.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátrico atendidos no Ambulatório do HECAD, bem como aqueles advindos por demanda espontânea.

4. JUSTIFICATIVA

A discussão de promoção da saúde passa pelo reconhecimento de que a saúde está em constante construção. Pressupõe um entrelaçamento entre fragilidades e potencialidades do indivíduo e de coletivos, e a responsabilidade de governos em garantir direitos, acesso a serviços essenciais e possibilidades para o desenvolvimento pleno das pessoas de forma equânime.

A promoção da saúde possui como princípios a equidade, a intersetorialidade, o empoderamento, a participação social, a sustentabilidade, a autonomia e a integralidade. Ela é construída por contextos sociais, econômicos, políticos, ambientais e culturais que determinam, de forma dinâmica e visceral, a produção da vida.

A vacinação é uma das medidas mais importantes de prevenção contra doenças. Elas protegem o corpo humano contra os vírus e bactérias que provocam vários tipos de doenças graves, que podem afetar seriamente a saúde das pessoas e inclusive levá-las à morte.

A vacina estimula o corpo a se defender contra os organismos que provocam doenças (vírus e bactérias). Quando a pessoa é vacinada, seu corpo detecta a substância da vacina e produz uma defesa, os anticorpos. Esses anticorpos permanecem no organismo e evitam que a doença ocorra no futuro. Isso se chama imunidade.

5. OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

O HECAD é uma unidade assistencial estratégica para o sistema de saúde em Goiás. Compete a esta Unidade ofertar assistência integral e fortalecer a promoção da saúde, auxiliando diretamente na prevenção de doenças a partir da vacinação das crianças e adolescentes.

O projeto tem como foco a promoção da saúde. Por meio do serviço de vacinação pode-se não só participar ativamente da prevenção de doenças, mas também promover a conscientização dos pais e responsáveis sobre a importância de manter atualizada a caderneta de vacinação de seus filhos.

Por meio da entrevista realizada pelo Enfermeiro, será mapeada a situação vacinal dos pacientes atendidos no Ambulatório do HECAD, bem como aqueles que vierem por demanda espontânea.

A manutenção do calendário vacinal atualizado das crianças e adolescentes, evita o contágio de doenças, e fortalece a promoção da saúde.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de procedimento para vacinação. 4 Ed. Brasília, 2001.

Queiroz, S.A.; Moura, E.R.F.; Nogueira, P.S.F.; Oliveira, N.C.; Pereira, M.M.Q. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. Rev Rene [online]. 2009 Out-Dez; 10(4):126-35.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: caderno 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. Brasília, 2021.

7. PROJETO “HECAD NAS ESCOLAS”

1. INTRODUÇÃO

Reconhecer o território onde o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD está instalado, apropriando-se do perfil da área e da comunidade é um

desafio assumido pela Agir. A cordialidade da unidade com o território pode propiciar um relacionamento mútuo, favorecendo o desenvolvimento das partes envolvidas.

Pretende-se, neste projeto, estabelecer um compromisso do HECAD sob gestão da Agir com a comunidade a qual está inserida, por meio de contribuições sociais e sanitárias, com base nos seguintes princípios:

- Inserção sociocultural;
- Conhecimento compartilhado/sabedoria popular;
- Compromisso com a autonomia do usuário diante de sua saúde, em perspectiva biopsicossocial;
- Compromisso com o exercício da cidadania;
- Fortalecimento da base comunitária, sobretudo do matriciamento da atenção básica da região.

É entendimento da Agir que a essência do serviço prestado em cada unidade - ou seja, o conhecimento científico e a experiência de rede que a unidade já tiver solidificado sobre uma determinada temática - pode ser oferecido à população local, por meio de estratégias preventivas e/ou protetivas. Com isso, busca-se prevenir danos futuros e contribuir de forma protetiva em casos de danos já instalados.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Prevenir situações de violência contra crianças e adolescentes no cenário goiano.

2.2. Objetivos Específicos:

- Informar crianças e adolescentes sobre seus direitos;
- Orientar crianças e adolescentes para que saibam identificar diferentes formas de violência e pedir ajuda;
- Capacitar professores e demais profissionais da educação sobre sinais de alerta;
- Prevenir admissões de crianças e adolescentes vítimas de violência no HECAD;
- Contribuir para a promoção da cultura de paz no ambiente doméstico de crianças e adolescentes goianos;

- Disponibilizar o HECAD como um instrumento de fortalecimento da Rede de Proteção Social.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças e adolescentes estudantes de escolas públicas localizadas no território onde o HECAD está instalado.

4. JUSTIFICATIVA

Analisando a *expertise* dos serviços especializados a serem oferecidos no HECAD e o compromisso de responsabilidade social que deve ser estabelecido com a comunidade a partir de estratégias preventivas e protetivas, importantes considerações devem ser problematizadas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC estrutura-se em 7 (sete) eixos estratégicos, sendo que o quinto se dedica a Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, além de prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz.

Consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção dos temas relacionados, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na Rede de Proteção Social no território.

Paralelo a isso, o Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil (2021) noticiou que, em 2020, 213 crianças de até 9 anos morreram de forma violenta no Brasil – com um aumento preocupante, de 2016 a 2020, no número de mortes de crianças de até 4 anos de idade. Na maioria dos casos, essas crianças morreram dentro de casa, vítimas de alguém conhecido. Para as crianças de até 9 anos de idade, a violência é, portanto, um fenômeno doméstico. Crianças são vítimas de morte violenta nos locais onde deveriam estar mais seguras: dentro de casa.

O Panorama traz ainda, que os dados de estupros e estupros de vulneráveis apontam que, entre 2017 e 2020, entre as vítimas de 0 a 19 anos, 81% tinham até 14 anos de idade. Em números absolutos, isso significa que nos últimos 4 (quatro) anos,

de um total de 179.278 casos registrados, em 145.086 deles as vítimas tinham até 14 anos.

Neste período, foram estupradas no Brasil mais de 22 mil crianças de 0 a 4 anos, 40 mil de 5 a 9 anos, 74 mil crianças e adolescentes de 10 a 14 anos e 29 mil adolescentes de 15 a 19 anos.

Diante dos dados expostos, e sabendo que o HECAD será um grande cenário para casos de violência contra crianças e adolescentes no estado de Goiás, sobretudo casos de violência sexual, propõe-se o Projeto HECAD nas Escolas, com o objetivo de que as crianças e adolescentes tenham acesso à informação, conheçam seus direitos, saibam identificar diferentes formas de violência e pedir ajuda.

Sabe-se que o ambiente escolar é o principal espaço em que, usualmente, crianças e adolescentes têm contato com adultos fora do círculo familiar. Entendendo a escola e os profissionais da educação como atores centrais na prevenção e resposta à violência, a Agir acredita no caráter preventivo deste trabalho, que será realizado de forma ética e humanizada.

5. Operacionalização da Proposta

Educação em Saúde nas escolas já é uma prática adotada pela Agir na unidade HUGOL, com excelentes resultados. Desta forma, o projeto será replicado para o HECAD.

O projeto buscará sensibilizar as crianças e adolescentes para que tenham acesso à informação, conheçam seus direitos, saibam identificar diferentes formas de violência e pedir ajuda.

A ação constituirá em oficinas lúdicas que, de forma leve, didática e pedagógica, possam causar processos reflexivos nos estudantes sobre situações de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono.

Para a exequibilidade do projeto, serão consideradas as seguintes ações:

- Desenvolver um calendário anual do projeto HECAD nas Escolas, que será desenvolvido na comunidade, a partir de um mapeamento territorial realizado previamente;
- Buscar, dentre os gestores, colaboradores e parceiros do HECAD e da Agir, pessoas que tenham interesses compatíveis com as propostas de responsabilidade

social, de forma que possam somar nas estratégias realizadas, sem oferecer prejuízo ao trabalho assistencial já realizado na Unidade;

- Desenvolver mecanismos para captação de recursos, estabelecer parcerias, alianças estratégicas e articular com as diversas frentes de trabalho, segundo regras de *compliance* definidas pela Agir, na intenção de garantir a sustentabilidade e exequibilidade das ações propostas.

Embora esse seja o grande alvo da Agir junto aos alunos das escolas de Goiânia, temas como alimentação saudável, higiene, uso de drogas lícitas e ilícitas, prevenção ao suicídio, gravidez na adolescência, meio ambiente e calendário vacinal também poderão ser abordados, a partir da identificação da demanda apontada pelos próprios professores, e demais profissionais da educação.

6. Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Brasil. Presidência da República. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015.

Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Panorama da Violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil. Outubro, 2021.



F2

**ÁREA DE
QUALIDADE**

agir

0436

F.2. ÁREA DE QUALIDADE - ADEQUAÇÃO DA PROPOSTA DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL À CAPACIDADE HOSPITALAR

2.1. QUALIDADE OBJETIVA – AVALIA MEDIDAS DA PROPOSTA DE TRABALHO PARA IMPLANTAÇÃO DE COMISSÕES

2.1.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

2.1.1.1. Proposta de Constituição da Comissão de Ética Médica

Membros e Finalidade

A Comissão de Ética Médica - CEM terá por finalidade supervisionar, orientar, fiscalizar e avaliar o exercício da atividade médica no Hospital Estadual da Criança e Adolescente - HECAD, sob os aspectos técnicos, éticos e administrativos, atentando para que as condições de trabalho, a liberdade, a iniciativa e a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes respeitem os preceitos éticos e legais.

A CEM estará ligada diretamente à Diretoria Técnica do HECAD.

A escolha dos membros da CEM será realizada por meio de eleição direta, por voto secreto do Corpo Clínico, cuja decisão dar-se-á por maioria simples, sendo que os integrantes da Diretoria da Unidade não deverão exercer funções na CEM.

2.1.1.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética Médica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética Médica - CEM do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, por delegação do Conselho Regional de Medicina do

Estado de Goiás - CRM/GO, desempenhará suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizadoras na Unidade e será subordinada à Direção Técnica.

Art. 2º A CEM exercerá suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CRM/GO que exercerão atividade assistencial, didática, administrativa ou de pesquisa no HECAD, incluindo aqueles não pertencentes ao seu Corpo Clínico, como os estagiários/residentes, mesmo que essa categoria não participe da escolha dos membros da CEM.

Art. 3º A CEM será autônoma em relação à Administração do HECAD, mantendo a relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadoras e sindicantes.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Art. 4º A estrutura da CEM compreenderá:

I.Colegiado;

II.Presidência;

III.Secretário;

IV.Apoio Administrativo.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A CEM será composta por até 6 (seis) membros, que participarão das atividades inerentes à Comissão e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias, em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto.

§ 1º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do Conselho Federal de Medicina - CFM ou CRM/GO.

§ 2º Todos os membros serão considerados titulares.

Art. 6º Os membros eleitos escolherão, por votação, o Presidente e o Secretário.

Parágrafo único - No caso de vacância desses cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da sua maioria, procederão à substituição deles, que exercerão suas funções até o cumprimento do restante do mandato.

Art. 7º Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por sua maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e nova eleição do seu Presidente e/ou Secretário.

Art. 8º Não poderão integrar a CEM os médicos que exercerem cargos de Direção Geral, Direção Técnica, Direção Clínica ou Direção Administrativa na Unidade, bem como aqueles que não estiverem quites com o CRM/GO.

§ 1º Os membros da CEM que, posteriormente, passarem a exercer cargos de Direção Geral, Técnica, Clínica ou Administrativa no HECAD deverão pedir afastamento, enquanto durar o seu mandato.

§ 2º O desligamento da instituição implica no seu automático desligamento da CEM.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º Compete à CEM do HECAD:

- a) Supervisionar, orientar e fiscalizar na Unidade o exercício ético e legal da atividade médica;
- b) Comunicar ao CRM/GO quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;
- c) Comunicar ao CRM/GO o exercício ilegal da profissão;
- d) Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao CRM/GO quando houver indícios de infração ao Código de Ética Médica, sem emitir juízo, e quando ela for instaurada por solicitação deste órgão;
- e) Desenvolver atividade educativa por meio de discussões, divulgações e orientações sobre temas relativos à Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria, Coordenações, Departamentos e Serviços do HECAD;
- f) Fornecer subsídios à Direção do HECAD, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

- g) Atuar preventivamente, conscientizando os médicos do HECAD quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, por meio de reuniões e outros meios disponíveis;
- h) Divulgar a CEM aos médicos e usuários do HECAD, bem como sua constituição, finalidade e localização. Todo material escrito de divulgação emitido pela CEM, seja para os médicos ou usuários, deverá ser previamente apresentado e aprovado nas reuniões regulares ou, excepcionalmente, apenas pelo Presidente *ad referendum* do colegiado;
- i) Manter relação com a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários e com a Comissão de Documentação Médica e Estatística, colaborando na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes.

Art. 10º Compete ao Colegiado da CEM:

- a) Eleger o Presidente e o Secretário;
- b) Comparecer à todas as reuniões da CEM, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) Desenvolver as atribuições conferidas à CEM;
- d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem a responder às sindicâncias;
- e) Convocar reunião extraordinária, por solicitação da sua maioria, para discutir assuntos considerados relevantes.

Art. 11º Compete ao Presidente da CEM:

- a) Representar a CEM perante a Direção do HECAD, bem como às suas diversas Comissões e ao CRM/GO;
- b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- c) Convocar o Secretário ou, na ausência desse, membro da CEM para substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;
- d) Encaminhar ao CRM/GO os Relatórios de Sindicâncias devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração ao Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiveram origem nesse órgão;

- e) Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar relatórios à CEM, quando da apuração de sindicâncias, bem como responder a consultas referentes a assuntos éticos.

Art. 12º Compete ao Secretário da CEM:

- a) Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;
- b) Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos à CEM;
- c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- d) Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à CEM;
- e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos à CEM.

Art. 13º Compete ao Apoio Administrativo:

- a) Receber os expedientes encaminhados à CEM;
- b) Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise na CEM;
- c) Manter o arquivo da CEM em ordem;
- d) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;
- e) Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, as atas das reuniões;
- f) Confeccionar memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;
- g) Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;
- h) Zelar pelo patrimônio disponibilizado à Secretaria da CEM;
- i) Proceder às convocações para as reuniões da CEM;
- j) Proceder às convocações para as oitivas;
- k) Secretariar as oitivas instituídas pela CEM;
- l) Lavrar os depoimentos durante as oitivas;
- m) Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões;
- n) Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais.

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 14º A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto secreto e direto, podendo estes serem reeleitos, participando dela os médicos que exerçam atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa no HECAD, inscritos regularmente no CRM/GO, excetuando-se os estagiários/residentes. Cada votante terá o direito de votar em até 3 (três) dos candidatos regularmente inscritos a serem definidos pela Comissão Eleitoral.

Art. 15º A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital a ser divulgado no HECAD, no período de 30 dias antes da eleição.

Art. 16º Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico do HECAD, com a antecedência mínima de 15 dias da data da eleição.

Art. 17º Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados no HECAD pelo Diretor Técnico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de 1 (uma) semana antes da votação.

Art. 18º O Diretor Técnico designará uma Comissão Eleitoral com a competência de organizar, dirigir e supervisionar todo o processo eleitoral, de acordo com as normas do CRM/GO.

Art. 19º Os integrantes da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos a CEM.

Art. 20º A CEM será composta pelos 6 (seis) candidatos que obtiverem o maior número de votos.

Parágrafo único - Quando ocorrer empate entre os candidatos votados, será considerado eleito o mais antigo no Corpo Clínico do HECAD. Persistindo o empate, será considerado eleito o que tiver maior tempo de inscrição no CRM/GO.

Art. 21º A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 22º O resultado da eleição será lavrado em ata, que deverá ser encaminhada ao CRM/GO para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 23º Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo, 48 horas após a eleição, e encaminhados, em primeira instância, à Comissão Eleitoral e, em segunda instância, ao CRM/GO.

Art. 24º Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CRM/GO ou pelo Presidente da Comissão Eleitoral, quando então se procederá a escolha, pelos membros eleitos, em votação secreta, do Presidente e Secretário da CEM.

Art. 25º O mandato da CEM será de até 24 meses.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 26º A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias mensais e reunir-se de forma extraordinária, quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 27º As reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário, na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros, após 15 minutos do início previsto ou mesmo antes, se estiverem presentes, pelo menos a metade dos seus 6 (seis) membros.

Parágrafo único - Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e o Secretário que a conduzirão.

Art. 28º Os atos da CEM relacionados com a fiscalização ou sindicância terão caráter sigiloso.

Art. 29º Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes à reunião, sendo prerrogativa do Presidente o “voto de minerva”, em caso de empate. Entretanto, a aprovação de relatórios de sindicâncias, ou de assuntos de importância, somente poderá ocorrer com a presença da metade mais um dos 6 (seis) membros da CEM.

Art. 30º As sindicâncias serão instauradas mediante:

a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;

- b) Denúncia, por escrito, do Diretor Clínico ou Técnico do HECAD;
- c) Deliberação da própria CEM, ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;
- d) Determinação do CRM/GO.

Art. 31º Aberta a sindicância, o Presidente indicará um ou mais membros da CEM para proceder às averiguações, redigir o relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido por determinada sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 32º Instaurada a sindicância, a CEM notificará os citados, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e manifestação.

Art. 33º Os envolvidos na sindicância poderão manifestar-se por escrito ou ser ouvidos pela Comissão Sindicante (oitiva), acompanhados ou não por advogados, devidamente identificados, que não poderão intervir ou influir de qualquer modo nas perguntas e respostas, sendo-lhes facultado apresentar perguntas por intermédio do membro sindicante.

Art. 34º Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como cópias das oitivas, prontuários, ordens de serviço da administração do HECAD e outros que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados aos autos.

Art. 35º O acesso aos documentos de qualquer sindicância será facultado somente às partes e aos membros da CEM.

Art. 36º Em qualquer momento, os envolvidos terão direito a consulta e cópia dos documentos constantes da sindicância e a encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por sua eventual quebra.

Art. 37º Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo.

Art. 38º O membro da CEM presente na reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir vistas da sindicância, propor diligências ou adiamento da votação. O prazo de vistas, improrrogável, será até a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 39º Encerrada a sindicância, as partes envolvidas deverão ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade de recurso junto ao CRM/GO, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 40º Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CRM/GO, para a competente tramitação.

Art. 41º Constatada a existência de indícios de infração administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria do HECAD para as providências cabíveis.

Art. 42º Em casos considerados de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas *ad referendum* do CRM/GO.

§ 1º Havendo conciliação, a CEM lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório ao CRM/GO.

Art. 43º O membro da CEM, envolvido em sindicância, não participará das discussões de análise e da votação final do referido expediente.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 44º Os casos omissos serão discutidos e analisados pelo Colegiado ou encaminhados ao CRM/GO para manifestação.

Art. 45º Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras resoluções do CFM, do CRM/GO e quando a CEM julgar necessário.

2.1.1.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética Médica

Tabela 20 - Cronograma de Atividade Anual da CEM.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores da equipe médica acerca da conduta ética.	1.1. Elaboração de "Cartilha de Educação Ética".	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Criação de um Programa de Educação Permanente em Ética Médica.	2.1. Organização de atividades formativas para fortalecimento da equipe nas ações centralizadas e/ou descentralizadas sobre conduta ética.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Funcionamento da Comissão de Ética Médica.	3.1. Reuniões Ordinárias 3.2. Reuniões Extraordinárias 3.3. Realização de Diligências	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Integração das normas de conduta em programas de capacitação e treinamento para os componentes da equipe médica.	4.1. Fazer levantamento de programas de capacitação, cursos e treinamentos implantados no serviço médico; 4.2. Solicitar aos responsáveis a inclusão do tema "Ética" nos eventos; 4.3. Organização/realização de ciclo de palestras com a participação dos membros da Comissão e convidados externos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Avaliação dos profissionais médicos da Unidade, quanto ao seu grau de conhecimento das normas de conduta.	5.1. Elaboração de envelope.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Canais exclusivos para atendimento, apresentação de demandas e orientações específicas.	6.1. Local e pessoal para implantação/estruturação da Secretaria Executiva da Comissão. 6.2. Ramal exclusivo para a Secretaria Executiva da Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Comunicação de normas de conduta aos servidores da Equipe Médica.	7.1 Entrega da "Cartilha de Educação Ética" no ato da admissão ou na primeira semana de trabalho (a todos profissionais médicos da Instituição).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Identificação das áreas, processos ou funções mais suscetíveis a desvios éticos.	8.1. Mapeamento de áreas mais suscetíveis a conflito.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Monitoramento da observância das normas de conduta.	9.1. Elaboração de questionários.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10. Indicadores para monitorar as práticas relativas aos itens deste Plano de Trabalho.	10.1. Elaborar e aplicar questionário de avaliação sobre o cumprimento do Plano de Trabalho.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
11. Publicação do andamento das demandas recebidas.	11.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
12. Relatório Anual de Atividades	12.1. Elaborar quadro demonstrativo, contendo: - quantidade de aplicações de pena de "censura ética"; - quantidade de demandas analisadas; - quantidade de reuniões realizadas (ordinárias e extraordinárias); - quantidade de oitivas realizadas; - quantidades de demandas recebidas de caráter disciplinar; 12.2. Disponibilizar o relatório anual.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
13. Capacitação dos membros da Comissão de Ética Médica.	13.1. Participação no Seminário Anual promovido pela Comissão de Ética Médica.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
14. Implantação de "Seminário Anual de Ética"	14.1. Elaborar projeto de implantação de seminário anual, contemplando os seguintes temas: - Assédio, regime de trabalho, ética profissional	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

2.1.2.1. Proposta de Constituição da Comissão de Ética de Enfermagem

Membros e Finalidade

A Comissão de Ética de Enfermagem - CEE tem por finalidade pautar a atuação dos profissionais de enfermagem, assim como permear em ações educativas, opinativas, consultivas, fiscalizadoras e de assessoramento nas questões éticas do exercício da profissão, nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Em conformidade com a Resolução COFEN nº 593/2018 é facultativo a constituição da CEE em instituições com número inferior a 50 profissionais de Enfermagem. Quando constituída é, portanto, um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, de caráter permanente, com pleno exercício de suas funções na Unidade de saúde a qual pertence, a saber:

- Representar o COREN/GO junto à Unidade;
- Divulgar o Código de Ética de Enfermagem e demais normas disciplinares do exercício profissional;
- Orientar a equipe de Enfermagem a desenvolver a assistência com qualidade e dentro dos pressupostos éticos e legais;
- Prestar consultoria e orientações sobre assuntos referentes às questões éticas;
- Promover medidas educativas e eventos para orientação dos profissionais de Enfermagem sobre os problemas, desafios e limites na prestação da assistência de Enfermagem em consenso com os princípios éticos;
- Participar de eventos com a finalidade de aprimoramento e atualização, buscando uma assistência de Enfermagem com qualidade e isenta de riscos.

A CEE do HECAD será constituída por no mínimo 3 e no máximo 11 profissionais de Enfermagem, facultada a eleição de suplentes, sempre respeitado o número ímpar de efetivos, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Terá como participantes:

- Presidente;

- Secretário;
- Membros.

2.1.2.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Ética de Enfermagem

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem - CEE será o órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás - COREN/GO, junto ao Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, estando a ele vinculada. Terá funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem da Unidade, sendo subordinada à Direção Técnica.

Art. 2º A CEE deverá manter sua autonomia no HECAD, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Gerência Operacional de Enfermagem ou às Supervisões de Enfermagem da Unidade.

Parágrafo Único – Caberá ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º A CEE será composta de 1 (um) Presidente, 1 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, com vínculo empregatício com a Instituição. O cargo de Presidente somente poderá ser preenchido por Enfermeiro.

Art. 4º A CEE será instalada obedecendo o seguinte critério de proporcionalidade: 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) Técnicos de Enfermagem.

Art. 5º O enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem da Unidade não poderá participar da CEE.

Art. 6º O tempo de mandato da CEE poderá ser de 3 (três) anos, sendo admitida uma reeleição.

Art. 7º As reuniões serão mensais, sendo que a CEE estabelecerá a necessidade de reuniões extraordinárias.

Art. 8º Em toda reunião serão lavrados ata e um relatório de reunião, secretariado por um dos membros do grupo.

Parágrafo único – Toda reunião deverá acontecer com a presença de pelo menos 50% mais um dos membros da CEE, sendo que na ausência do Presidente um dos membros do grupo deverá substituí-lo.

Art. 9º Qualquer membro que deixar de comparecer em 2 (duas) reuniões consecutivas, sem justificativa, será automaticamente desligado da CEE, assumindo em seu lugar outro profissional interessado.

§ 1º Os membros participantes deverão comunicar a ausência à Comissão até o término de cada reunião.

§ 2º Os membros participantes deverão comunicar, antecipadamente, sua ausência por ocasião de férias ou licenças.

§ 3º Os membros participantes poderão justificar até 2 (duas) ausências consecutivas, sendo permitida no máximo de 3 (três) delas por semestre.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 10º Compete à CEE:

- a) Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as Resoluções emanadas pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN e decisões do COREN/GO;
- b) Colaborar com o COREN/GO na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;
- c) Comunicar ao COREN/GO a ausência de condições de trabalho da equipe de Enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente;

- d) Comunicar ao COREN/GO o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes;
- e) Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando ao Enfermeiro Responsável Técnico para as providências administrativas, se houver, e ao COREN/GO, conforme norma própria;
- f) Solicitar ao Presidente do COREN/GO apoio técnico, quando o fato ocorrido assim o requeira;
- g) Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolando todos os documentos, elaborando relatório para arquivo no HECAD e enviando ao COREN/GO, via *web*, formulário disponibilizado pelo Conselho;
- h) Comunicar ao COREN/GO indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de saúde da Unidade;
- i) Propor e participar em conjunto com o Responsável Técnico e Educação Continuada de Enfermagem, ações preventivas junto à equipe de enfermagem.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 11º Os atos da CEE relativos à sindicância ou fiscalização deverão ser sigilosos.

Art. 12º As deliberações da CEE serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o “voto minerva”, em caso de empate.

Art. 13º As sindicâncias instauradas pela CEE obedecerão aos preceitos contidos deste Regimento.

Art. 14º A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;
- b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- c) Deliberação da própria CEE;

d) Determinação do COREN/GO.

Art. 15º Aberta a sindicância, a CEE informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso, para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso, por meio de manifestação por escrito.

Parágrafo único - O profissional de Enfermagem que não atender às convocações ou solicitações da CEE deverá ser encaminhado para análise do COREN/GO.

Art. 16º Todos os documentos relacionados com os fatos deverão ser mantidos junto às sindicâncias.

Parágrafo único – O acesso a esses documentos e aos autos será facultado somente às partes e à CEE, preservando assim o sigilo.

Art. 17º O Presidente da CEE nomeará os membros que farão parte da sindicância para tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, sem emissão de juízo de valor.

Parágrafo único – Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 18º Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao COREN/GO para tramitação competente.

Art. 19º Quando o fato for de menor gravidade e não tiver acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética, a CEE poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o COREN/GO, por meio da página disponibilizada na *web*.

§ 1º Ocorrendo a conciliação, a CEE lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 20º Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da CEE, este deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21º Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, esses serão substituídos automaticamente pelos suplentes, de acordo com o número de votos, comunicando-se o fato ao COREN/GO.

Art. 22º A ausência não justificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, comunicando-se o fato ao COREN/GO.

Art. 23º Após o processo eleitoral, o Regimento Interno da CEE do HECAD deverá ser revisado, seguindo um modelo do COREN/GO, adequando-o às especificidades da Unidade.

Art. 24º Os casos omissos do Regimento serão discutidos e resolvidos pela formação de um Comitê definido para o fim específico.

Art. 25º O Regimento entrará em vigor após sua publicação.

2.1.2.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Ética de Enfermagem

Tabela 21 - Cronograma de Atividade Anual da CEE.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES												
1. Orientações aos servidores da Equipe de Enfermagem acerca da conduta ética.	1.1. Elaboração de "Cartilha de Educação Ética de Enfermagem".	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Criação de um Programa de Educação Permanente em Ética na Enfermagem.	2.1. Organização de atividades formativas para fortalecimento da equipe nas ações centralizadas e/ou descentralizadas sobre conduta ética.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem.	3.1. Reuniões Ordinárias 3.2. Reuniões Extraordinárias 3.3. Realização de Diligências	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Integração das normas de conduta em programas de capacitação e treinamento para os componentes da Equipe de Enfermagem.	4.1. Fazer levantamento dos programas de capacitação, cursos e treinamentos implantados no Serviço de Enfermagem; 4.2. Solicitar aos responsáveis a inclusão do tema "Ética" nos eventos; 4.3. Organização/realização de ciclo de palestras nos setores com a participação dos membros da Comissão e convidados externos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Avaliação dos profissionais de Enfermagem, quanto ao seu grau de conhecimento das normas de conduta e boas práticas.	5.1. Elaboração de enquete.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Canais exclusivos para atendimento, apresentação de consultas, recebimento de demandas e orientações específicas.	6.1. Elaboração do formulário e disponibilização em plataforma específica.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Comunicação de normas de conduta aos profissionais de enfermagem.	7.1 Entrega da "Cartilha de Educação Ética" no ato da admissão ou na primeira semana de trabalho (a todos profissionais da enfermagem da instituição).	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Identificação das áreas, processos ou funções mais suscetíveis a desvios éticos.	8.1. Mapeamento de áreas mais suscetíveis a conflito.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Monitoramento da observância das normas de conduta.	9.1. Elaboração de questionários.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10. Indicadores para monitorar as práticas relativas aos itens deste Plano de Trabalho.	10.1. Elaborar e aplicar questionário de avaliação sobre o cumprimento do Plano de Trabalho.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
11. Publicização do andamento das demandas recebidas.	11.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
12. Relatório Anual de Atividades.	12.1. Elaborar quadro demonstrativo, contendo: - quantidade de aplicações de pena de "censura ética"; - quantidade de demandas analisadas; - quantidade de reuniões realizadas (ordinárias e extraordinárias); - quantidade de oitivas realizadas; - quantidades de demandas recebidas de caráter disciplinar; 12.2. Disponibilizar o relatório anual.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
13. Capacitação dos membros da Comissão de Ética Médica.	13.1. Participação no Seminário Anual promovido pela Comissão de Ética Médica.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
14. Implantação de "Seminário Anual de Ética".	14.1. Elaborar projeto de implantação de seminário anual, contemplando os seguintes temas: - Assédio, regime de trabalho, ética profissional	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

2.1.3.1. Proposta de Constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Membros e Finalidade

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH atenderá às normatizações da Portaria GM/MS nº 2.616/1998, que define diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Esta Comissão terá o desenvolvimento de suas atividades em caráter permanente, tendo como foco:

- estabelecer os parâmetros ideais de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;
- normatizar o uso de antimicrobianos;
- supervisionar as técnicas e processos de esterilização e desinfecção adotados na Unidade;
- exercer controle da higiene ambiental;
- preservar as condições adequadas à recuperação dos pacientes, e;
- analisar e corrigir os fatores de riscos de infecções relacionadas ao trabalho.

À CCIH competirá, também, a elaboração de programas e treinamentos destinados aos profissionais que atuam na Unidade, com a finalidade de redução máxima da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

A CCIH terá a sua estrutura composta por membros com funções específicas, com representantes dos seguintes setores:

Membros consultores:

- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Laboratório;
- Serviço de Nutrição;
- Serviço de Higiene (Acolhimento);

- Serviço Médico;
- Serviço Multiprofissional;
- Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
- Central de Material e Esterilização - CME;
- Centro Cirúrgico - CC;
- Serviço de Epidemiologia;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT;
- 1 (um) Presidente indicado pela diretoria do hospital.

Membros executores (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH):

- 2 (dois) enfermeiros;
- 2 (dois) médicos infectologistas;
- 1 (um) técnico de enfermagem;
- 1 (um) agente administrativo.

2.1.3.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**REGIMENTO INTERNO DA
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH é um órgão deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, e tem por finalidade estabelecer os padrões ideais de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares, normatizar o uso de antimicrobianos, supervisionar as técnicas e processos de esterilização e desinfecção adotados, exercer controle da higiene ambiental, bem como preservar as condições adequadas à recuperação dos pacientes, analisar e corrigir os fatores de riscos de infecções relacionados ao trabalho, com vistas à

redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções relacionadas à assistência à saúde e auxiliar na elaboração de programas e no treinamento de profissionais que atuam na Unidade.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2º A CCIH terá a seguinte estrutura:

Membros consultores:

Composto por representantes dos seguintes Serviços:

- Serviço de Enfermagem;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Laboratório;
- Serviço de Nutrição;
- Serviço de Higiene (Acolhimento);
- Serviço Médico;
- Serviço Multiprofissional;
- Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
- Central de Material e Esterilização - CME;
- Centro Cirúrgico - CC;
- Serviço de Epidemiologia;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho – SESMT;
- 1 (um) presidente indicado pela Diretoria do HECAD.

Membros executores:

- 2 (dois) enfermeiros;
- 2 (dois) médicos infectologistas;
- 1 (um) técnico de enfermagem;
- 1 (um) agente administrativo.

Art. 3º A CCIH e o SCIH serão dirigidos pelo Presidente, designado pela Direção do HECAD.

Art. 4º Os ocupantes de cargos ou funções previstos no artigo anterior serão substituídos, em suas faltas ou impedimentos, por servidores por ele indicados.

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º À CCIH compete elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - PCIRAS, adequando às características e necessidades da Unidade e contemplando, no mínimo, ações relativas à:

- a) Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica - SVE das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- b) Adequação, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico- operacionais, visando a prevenção e o tratamento das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- c) Capacitação do quadro de funcionários e profissionais do HECAD no que diz respeito à prevenção e controle infecções relacionadas à assistência à saúde;
- d) Utilização racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- e) Avaliação, periódica e sistemática, das informações providas pelo SVE das infecções relacionadas à assistência à saúde e aprovação de medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- f) Elaboração e divulgação regular de relatórios e comunicação periódica à autoridade máxima da Unidade e às chefias de todos os setores do hospital, da situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- g) Elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precauções e de isolamento;

- h) Definição, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, da política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Unidade;
- i) Realização de investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implementação de medidas de controle;
- j) Cooperação ou responsabilização pela execução dos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais do HECAD, no que diz respeito ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- k) Cooperação com a ação do órgão de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como fornecimento de informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- l) Notificação ao órgão de gestão do SUS, das doenças e agravos de notificação compulsória confirmadas ou suspeitas, sob vigilância epidemiológica, atendidas na Unidade e atuação cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- m) Notificação ao serviço de vigilância epidemiológica e sanitária do órgão de gestão do SUS dos casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecção associados à utilização de insumos e ou produtos industrializados.

Art. 6º Ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH compete:

- a) Elaborar, implementar e manter um Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - PCIRAS;
- b) Implementar e manter um SVE das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- c) Elaborar e divulgar, trimestralmente, relatórios sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, compartilhando-os com a CCIH para apreciação e definição de plano de melhoria e controle, quando necessário;
- d) Elaborar e divulgar relatórios, conforme solicitação do órgão municipal competente;

- e) Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- f) Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias;
- g) Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- h) Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico-operacionais, em conjunto com os diversos setores que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções relacionadas à assistência à saúde, bem como supervisionar a sua aplicação;
- i) Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- j) Participar como representante nas Comissões de Farmácia e Terapêutica, Resíduos de Serviços de Saúde, Biossegurança e Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- k) Realizar a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros de doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica;
- l) Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Epidemiológica do órgão Municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes.

CAPÍTULO IV DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º Serão atribuições dos membros da CCIH, a saber:

Do Presidente:

- a) Presidir e coordenar os trabalhos da CCIH;
- b) Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;

- c) Representar a Direção do HECAD, sempre que necessário, no que se refere ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, perante outras entidades;
- d) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH/SCIH;
- e) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH/SCIH.

Do Médico Infectologista:

- a) Proceder à investigação epidemiológica, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros da CCIH/SCIH;
- b) Supervisionar e revisar os casos levantados pela Vigilância Epidemiológica e assessorar tecnicamente este sistema;
- c) Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros da CCIH/SCIH;
- d) Recomendar os isolamentos nos pacientes com infecções transmissíveis;
- e) Assessorar o Corpo Clínico sobre a racionalização no uso de antimicrobianos;
- f) Assessorar a Direção do HECAD sobre as questões relativas ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- g) Normatizar a indicação de boas práticas para pequenos procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da equipe;
- h) Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- i) Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde e uso de antimicrobianos;
- j) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH/SCIH;
- k) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria GM/MS nº 2.616/1998;
- l) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria GM/MS nº 1.693/2021;
- m) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH/SCIH.

Do Enfermeiro:

- a) Realizar a vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde por meio do método de busca ativa;

- b) Fornecer a taxa mensal de infecções relacionadas à assistência à saúde das unidades sob vigilância;
- c) Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou supostos surtos;
- d) Solicitar exames de materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica;
- e) Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica;
- f) Realizar visitas às unidades de internação e aos diversos setores do HECAD para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço;
- g) Realizar capacitação sobre controle de infecções relacionadas à assistência à saúde para colaboradores;
- h) Fornecer parecer sobre utilização de produtos para tratamento de feridas;
- i) Avaliar e orientar medidas de precauções junto à equipe multiprofissional;
- j) Acompanhar as técnicas de desinfecção e esterilização adotadas;
- k) Controlar a qualidade da esterilização das autoclaves, por meio do controle de qualificações e testes biológicos, em intervalos pré-fixados;
- l) Elaborar planos de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores do hospital, em conjunto com o setor responsável;
- m) Normatizar, junto com outros membros da CCIH, o uso de germicidas em saúde;
- n) Fornecer, junto com outros membros da CCIH, parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem como quanto às reformas de instalações prediais;
- o) Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto aos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização;
- p) Elaborar normas para prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;

- q) Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- r) Manter-se atualizado na área de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- s) Executar outras tarefas da mesma natureza e mesmo nível de complexidade, conforme as atribuições inerentes ao enfermeiro previstas na Lei nº 7.498/1986;
- t) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH/SCIH;
- u) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH/SCIH.

Do representante do Serviço de Farmácia:

- a) Elaborar relatórios periódicos sobre o consumo, custo e frequência do uso de antimicrobianos;
- b) Elaborar, em conjunto com as unidades de internação da Unidade, protocolos para o consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada setor;
- c) Elaborar rotinas para o uso dos antimicrobianos, em comum acordo com o Corpo Clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em intervenções cirúrgicas e antimicrobianos especiais e não padronizados;
- d) Rever, anualmente, a padronização dos antimicrobianos do HECAD, em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- e) Verificar, periodicamente, o estoque de medicamentos, orientando sobre o uso daqueles a vencer e sobre as possíveis faltas de medicações que, porventura, venham a ocorrer;
- f) Monitorar, diariamente, o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais técnicos e mais caros, com acompanhamento farmacológico dos pacientes;
- g) Fornecer informações a respeito das incompatibilidades físico-químicas desses medicamentos;
- h) Manter-se atualizado sobre os germicidas hospitalares e os antimicrobianos, entre outras questões;

- i) Participar da investigação de casos suspeitos de contaminação por soluções parenterais e outros;
- j) Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos, entre outros;
- k) Acompanhar os resultados bacteriológicos de cultura dos produtos manipulados no setor de germicidas e saneantes do Serviço de Farmácia, monitorando o processo de validade de suas técnicas;
- l) Elaborar relatórios mensais do consumo de germicidas por clínica ou setores;
- m) Participar das reuniões de padronização de medicamentos;
- n) Fornecer informações a respeito das questões farmacêuticas no controle das infecções;
- o) Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- p) Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou supostos surtos;
- q) Analisar e avaliar a descrição dos protocolos que solicitam parecer do SCIH;
- r) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH/SCIH;
- s) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH/SCIH.

Do representante da Administração:

- a) Encaminhar à Direção do HECAD as demandas necessárias para a correta operacionalização das ações da CCIH/SCIH, bem como para subsidiar programas de atualização em controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- b) Garantir, junto à Direção, a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição;
- c) Garantir, junto à Direção, o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal/ Estadual/ Distrital de controle de infecção hospitalar;
- d) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH/SCIH;
- e) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH/SCIH.

Do Serviço de Enfermagem, Multiprofissional, Nutrição, Serviço de Higiene, Laboratório, CME, CC, SESMT, Epidemiologia, enquanto serviços de apoio à CCIH:

- a) Assessorar a CCIH/SCIH sobre questões relativas ao controle de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- b) Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- c) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria nº GM/MS 2.616/1998;
- d) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CCIH/SCIH;
- e) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH/SCIH.

Art. 8º São atribuições dos membros do SCIH (membros executores):

- a) Execução das ações do PCIRAS;
- b) Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria GM/MS nº 2.616/1998;
- c) Fazer cumprir as decisões da CCIH.

CAPÍTULO V

DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO, REUNIÃO

Art. 9º O Presidente deverá ser escolhido entre os membros da CCIH e nomeado pelo Diretor Geral do HECAD.

Art. 10º O mandato dos membros da CCIH corresponderá a um período indeterminado, ficando à sua recondução ao cargo ou sua substituição a critério do Diretor Geral do HECAD.

Art. 11º A CCIH da Unidade deverá reunir-se ordinariamente, de acordo com cronograma anual, ou extraordinariamente, quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo Presidente, com antecedência mínima de 3 (três) dias.

Art. 12º Para cada reunião realizada se lavrará ata, que será subscrita pelo Presidente.

Art. 13º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.1.3.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Tabela 22 - Cronograma de Atividade Anual da CCIH.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.4. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA

2.1.4.1. Proposta de Constituição Interna da Comissão de Prevenção de Acidentes

Membros e Finalidades

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA visa a prevenção de doenças e acidentes do trabalho, de modo a obter a permanente melhoria das condições de segurança, preservação da vida e a promoção da saúde dos colaboradores.

A CIPA do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD será composta por representantes dos colaboradores e representantes indicados pela Administração da Unidade. O dimensionamento da CIPA dar-se-á conforme preconizado pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) e suas alterações.

2.1.4.2. Proposta do Regimento Interno da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

REGIMENTO INTERNO DA

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA visa a prevenção de doenças e acidentes do trabalho, de modo a obter a permanente melhoria das condições de segurança, preservação da vida e a promoção da saúde dos colaboradores.

Art. 2º A CIPA do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD será composta por representantes dos colaboradores e representantes indicados pela Administração da Unidade, sendo subordinada à Direção Geral. O dimensionamento da CIPA dar-se-á conforme preconizado pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) e suas alterações.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 3º Compete à CIPA:

I. Realizar inspeções nos locais de trabalho, visando detectar a existência de eventuais riscos ocupacionais;

II. Analisar e estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem-estar dos colaboradores, sugerindo as medidas preventivas ou corretivas de sorte a se eliminar ou neutralizar os riscos existentes;

III. Sugerir a adoção de medidas de prevenção de acidentes do trabalho e doenças profissionais, por iniciativa própria ou sugestão de outros colaboradores;

IV. Promover a divulgação e zelar pela observância das normas de segurança e medicina do trabalho;

V. Despertar o interesse dos colaboradores visando à prevenção de acidentes e doenças ocupacionais e estimulá-los, permanentemente, a adotarem comportamento preventivo durante a execução dos trabalhos;

VI.Promover e coordenar, anualmente, em conjunto com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho - SIPAT;

VII.Investigar, discutir, acompanhado do SESMT, as causas, circunstâncias e consequências dos acidentes e doenças profissionais, propondo e acompanhando a execução das medidas corretivas; Solicitar mediante documento e sempre que houver risco inspeção de segurança ao SESMT, participando da mesma e informando aos responsáveis pelos setores dos riscos constatados;

VIII.Sugerir a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários à melhoria do desempenho dos membros da CIPA e dos colaboradores quanto à segurança, higiene e saúde do trabalho, com emissão do respectivo certificado de participação;

IX.Convocar colaboradores para prestar informações, depoimentos ou fornecer dados ilustrativos e esclarecedores, por ocasião da investigação dos acidentes de trabalho ou de doenças profissionais;

X.Se manter informada sobre projetos, modificações, condições técnicas e organização do trabalho, avaliando seus eventuais impactos sobre a segurança e a saúde dos colaboradores;

XI.Fiscalizar o cumprimento de medidas preventivas ou corretivas, visando à melhoria das condições de trabalho;

XII.Intermediar junto ao SESMT de casos referentes às condições de saúde e segurança do trabalho;

XIII.Consultar o SESMT, sempre que necessário, sobre os aspectos técnicos e pertinentes à engenharia e medicina de segurança do trabalho;

XIV.Assegurar a todos os membros participantes das reuniões da Comissão a manifestação sobre o assunto em discussão;

XV.Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de colaboradores, com assessoria do SESMT;

XVI. Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XVII. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XVIII. Requisitar as cópias da Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT emitidas; e

XIX. Participar, anualmente, em conjunto com a Administração, de Campanhas de Prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Humana - AIDS.

Art. 4º A Administração deverá:

I. Proporcionar as condições necessárias ao pleno desempenho das atribuições da CIPA, garantindo a liberação de seus membros para efetuar as inspeções nos ambientes e condições de trabalho;

II. Garantir que os membros da CIPA tenham tempo destinado ao cumprimento de suas atribuições;

III. Permitir e facilitar o acesso dos membros da CIPA a documentos, laudos e informações indispensáveis ao desenvolvimento de seus trabalhos; e

IV. Disponibilizar recursos e infraestrutura necessários para o bom desempenho das atribuições da CIPA, além de promover a realização de treinamento para os seus membros, titulares e suplentes.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A CIPA será composta por representantes dos colaboradores e representantes indicados pela Administração.

§ 1º O dimensionamento da CIPA dar-se-á conforme estabelecido nos Quadros I e III da NR-5 e suas alterações.

§ 3º Os representantes da Administração serão designados pelo Diretor Geral da Unidade, devendo, dentre eles ser indicado também o presidente da Comissão.

§ 4º Os representantes dos Colaboradores serão eleitos em escrutínio direto e secreto, do qual participarão todos os interessados no pleito, cabendo aos representantes titulares a escolha do Vice-Presidente da respectiva Comissão. Em caso de empate será adotado o critério de desempate previsto no art. 23 deste Regimento.

§ 5º Será indicado de comum acordo com os membros de cada CIPA, 1 (um) Secretário e seu substituto, dentre os seus componentes.

§ 6º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá duração de 1 (um) ano, admitindo-se uma única reeleição por período subsequente.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIPA

Art. 6º Compete ao Presidente da CIPA:

- I. Convocar os membros para as reuniões mensais da Comissão;
- II. Presidir as reuniões, encaminhando aos gestores envolvidos as recomendações, sugestões e decisões aprovadas pela Comissão, acompanhando seu andamento ou execução;
- III. Manter o Diretor Geral do HECAD informado sobre os trabalhos da Comissão mediante relatório anual ou por solicitação a qualquer momento;
- IV. Coordenar e supervisionar as atividades da Secretaria;
- V. Promover a convocação para reuniões dos profissionais do SESMT, assim como de outros representantes da Administração, sempre que for julgada necessária; e
- VI. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 7º Compete ao Vice-Presidente da CIPA:

- I. Executar as atribuições que lhes forem delegadas; e

II. Substituir o Presidente da CIPA nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 8º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos; 4 Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

II. Delegar atribuições aos membros da CIPA;

III. Divulgar as decisões a todos os colaboradores da respectiva CIPA; e

IV. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA.

Art. 9º Compete ao Secretário da CIPA:

I. Acompanhar as reuniões e redigir as atas, apresentando-as para a aprovação e assinatura dos membros presentes;

II. Elaborar o calendário anual de reuniões;

III. Preparar as correspondências e encaminhá-las;

IV. Manter atualizado o arquivo contendo todos os elementos necessários ao adequado funcionamento das Comissões;

V. Manter atualizada a estatística sobre acidentes do trabalho e doenças profissionais; e

VI. Realizar as demais tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente da CIPA ou pelo Vice-Presidente.

Art. 10º Compete ao substituto do Secretário:

Parágrafo único – Desempenhar as atividades descritas nos incisos I a VI do artigo 9º nos casos de impedimentos eventuais, ou nos afastamentos temporários do secretário.

Art. 11º Compete aos membros da CIPA:

I. Participar das reuniões, com direito a voto; Sugerir medidas julgadas convenientes ao bom andamento dos serviços;

II. Desempenhar os trabalhos que lhes forem atribuídos dentro dos prazos fixados;

III. Elaborar estudos, levantamentos e pesquisas de interesse da CIPA;

IV. Emitir pareceres, na qualidade de relator, nos expedientes que lhes forem confiados;

V. Desempenhar as atribuições e competências especificadas em lei ou regulamento.

Parágrafo único - Os membros titulares da CIPA perderão o mandato, sendo substituídos por suplentes, a partir de 4 (quatro) reuniões ordinárias injustificadas.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES E DO FUNCIONAMENTO

Art. 12º As reuniões ordinárias dos membros das CIPA realizar-se-ão mensalmente em local apropriado e durante o horário de expediente, de acordo com o calendário preestabelecido.

Parágrafo único - As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que:

I. Houver denúncia de situação de risco grave ou iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. Houver solicitação expressa de uma das representações;

III. Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; e

IV. Ocorrer substituição de membro eleito ou indicado, titular ou suplente.

Art. 13º As atas das reuniões serão arquivadas no Sistema e-doc ficando as mesmas sob a guarda e responsabilidade do Secretário da CIPA, sendo apresentadas quando devidamente solicitadas.

§ 1º Das atas lavradas constarão os assuntos tratados, as posições majoritárias e minoritárias, a discriminação dos votos e as deliberações.

§ 2º As atas lavradas serão lidas e submetidas à aprovação na reunião subsequente, com encaminhamento de cópias a todos os membros.

Art. 14º Para a realização das reuniões das CIPA é necessária a presença de no mínimo 3 (três) de seus membros, devendo obter evidência do comparecimento em lista de presença.

§ 1º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

§ 2º Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado o processo de votação, pelos membros titulares, registrando-se a ocorrência na ata de reunião, sendo que:

I.O voto do membro da CIPA é nominal;

II.A deliberação dar-se-á por maioria simples; e

III.Compete ao Presidente da CIPA proferir o voto de desempate.

§ 3º Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

§ 4º O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

CAPÍTULO VI

DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 15º Compete à Direção Geral do HECAD:

I.Convocar eleições para a escolha dos representantes dos colaboradores na CIPA, no prazo mínimo de 60 dias antes do término do mandato em curso; e

II.Estabelecer mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria.

Art. 16º Compete ao Presidente e Vice-Presidente da CIPA, com antecedência mínima de 75 dias do término do mandato em vigor, constituírem a Comissão de Pleito Eleitoral, a qual será responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 17º A Comissão de Pleito Eleitoral deverá convocar eleições por meio de edital, com antecedência mínima de 60 dias antes do término do mandato em curso, que será fixado em locais de fácil acesso e visualização pelos colaboradores.

Art. 18º A inscrição de candidatos no processo eletivo será feita de forma individual.

Art. 19º As inscrições estarão abertas nos locais determinados pela Comissão de Pleito Eleitoral, em horário de expediente, pelo período mínimo de 15 dias.

Art. 20º A realização das eleições ocorrerá no prazo mínimo de 30 dias antes do término do mandato dos membros da CIPA.

Art. 21º É vedada a candidatura de colaboradores:

I. Não integrantes do quadro efetivo dos colaboradores da Unidade;

II. Membros integrantes da Comissão de Pleito Eleitoral;

III. Membro da CIPA que esteja no segundo mandato consecutivo;

IV. Que estiverem em gozo de férias e licença médica;

V. Que estiverem impedidos, nos casos previstos em leis ou regulamentos.

Art. 22º A apuração dos votos será efetuada após o término das eleições, com acompanhamento de representante da Administração e dos colaboradores, em número a ser definido pela Comissão de Pleito Eleitoral.

Parágrafo único - Serão eleitos os candidatos mais votados, por ordem decrescente de votos.

Art. 23º Apurados os votos e ocorrendo empate entre 2 (dois) ou mais candidatos, os critérios para o desempate será o maior número de dias de efetivo exercício.

Art. 24º Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição, em ordem decrescente de votos, possibilitando assim posterior nomeação em caso de eventual vacância.

Art. 25º As eleições serão realizadas em horário a ser definido pela Comissão de Pleito Eleitoral, assegurando-se a participação de todos os colaboradores, seguindo-se a apuração dos votos.

Art. 26º Em cada eleição as folhas de votação serão arquivadas pela Comissão, acompanhado de toda documentação relativa ao pleito, por um período mínimo de 5 (cinco) anos.

CAPÍTULO VII

DO TREINAMENTO

Art. 27º Antes da posse os membros indicados e eleitos da CIPA, titulares e suplentes, deverão ser submetidos a treinamento.

§ 1º Em se tratando do primeiro mandato, o treinamento dos membros dar-se-á no prazo máximo de 30 dias, contados da data da posse.

§ 2º O treinamento a que se refere o *caput* deste artigo terá carga horária de 20 horas, com duração de no máximo 8 (oito) horas diárias, devendo ser realizado durante o expediente normal.

§ 3º O treinamento deverá ser repetido quando o colaborador for novamente indicado ou reeleito.

Art. 28º O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes nas Secretarias;

IV. Noções sobre a AIDS, e medidas de prevenção;

V. Noções sobre a legislação relativa à segurança e saúde no trabalho;

VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e medidas de controle dos riscos; e

VII. Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 29º Os casos omissos do Regimento serão discutidos e resolvidos pela formação de um Comitê definido para o fim específico.

Art. 30º O Regimento entrará em vigor após sua publicação.

2.1.4.3. Proposta do Cronograma de Atividade Anual da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Tabela 23 - Cronograma de Atividade Anual da CIPA.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Convocar eleições para escolha dos representantes dos colaboradores na CIPA	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Criação da Comissão com os membros eleitos, realizar treinamento e aprovação do Regimento Interno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Reuniões ordinárias mensais da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Apresentação de relatórios para Direção Geral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.5. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

2.1.5.1. Proposta de Constituição da Comissão de Documentação Médica e Estatística

Membros e Finalidade

A Comissão de Documentação Médica e Estatística - CDME terá por finalidade formular diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários de atendimento hospitalar e ambulatorial dos pacientes do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento, monitorar a qualidade da sua informação e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos registrados, a geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em Saúde.

A CDME será vinculada diretamente à Diretoria Geral do HECAD que deverá assegurar-lhe os meios adequados para seu funcionamento e terá seu funcionamento regulamentado por regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

A CDME terá composição multiprofissional, contando com 11 membros titulares, sendo 1 (um) representante de cada Setor/Equipe, a saber:

- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem;
- Serviço da Qualidade;
- Equipe Multiprofissional;
- Setor de Tecnologia da Informação;
- Diretoria;
- Serviço de Prontuário;
- Setor de Planejamento;
- Gerência de Operações;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Núcleo Interno de Regulação.

2.1.5.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Documentação Médica e Estatística

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO E ESTATÍSTICA

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística - CDME do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD tem como objetivo:

- a) Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;
- b) Analisar o conteúdo do Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, verificando o índice de preenchimento dos itens;

- c) Analisar a forma de preenchimento dos formulários;
- d) Estudar a alteração e atualização dos formulários;
- e) Buscar a colaboração dos diversos profissionais da equipe de saúde para melhorar a qualidade dos prontuários;
- f) Verificar o padrão de registros de atendimentos realizados;
- g) Sugerir medidas para a melhoria do padrão;
- h) Analisar e autorizar a inserção de documentos eletrônicos no PEP;
- i) Colaborar com a Direção do HECAD e o Corpo Clínico no fornecimento de informações quanto aos dados registrados;
- j) Validar regras de acesso e manuseio do PEP para fins de assistência, ensino, demanda judicial e do próprio paciente ou do respectivo representante legal.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à CDME:

I. Avaliar os itens que deverão constar no PEP, sendo obrigatoriamente: identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado, alta médica e outros documentos pertinentes ao atendimento;

II. Instituir a obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente (em casos de documentos gerados em meio físico), bem como assinatura e carimbo e/ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe. Considerar todos esses quesitos, caso seja utilizado o PEP;

III. Instituir a obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e hora.

IV. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da Unidade.

V. Garantir a coerência no registro do tipo de alta que o paciente recebeu;

- VI.Recomendar a inclusão e exclusão de formulários físicos e eletrônicos, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários, visando a qualidade dos mesmos;
- VII.Assessorar a Direção Técnica da Instituição em assuntos de sua competência;
- VIII.Manter interação com as Comissões de Ética Médica, de Enfermagem, Segurança do Paciente e Verificação de Óbito da Unidade, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas, sempre que necessário;
- IX.Definir, anualmente, metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade por meio da educação permanente;
- X.Emitir relatório anual das atividades realizadas pela Comissão;
- XI.Propor relatórios estatísticos que deverão ser gerados pelo Serviço de Prontuário do HECAD;
- XII.Discutir, em conjunto com a Diretoria e o Serviço de Prontuário, como obter os dados e sugerir os cálculos estatísticos a serem utilizados.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 3º Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CDME e, especificamente:

- I.Representar a Comissão junto à Diretoria Geral da Instituição e nas relações externas, ou indicar seu representante;
- II.Subscrever todos os documentos da Comissão previamente aprovados pelos membros desta;
- III.Presidir as reuniões;
- IV.Promover a convocação das reuniões;
- V.Fazer cumprir o Regimento;
- VI.Suscitar pronunciamento da CDME quanto a questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;

VII. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

VIII. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

IX. Repassar todos os documentos, informativos, fluxogramas, estruturação, regimento para a Diretoria;

X. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão.

XI. Parágrafo único - Na ausência ou impedimento temporário do Presidente da CDME, suas funções serão exercidas, interinamente, pelo Vice-Presidente, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função, interinamente.

Art 4º Compete ao Vice-Presidente assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Art 5º Ao Secretário da CDME incumbe:

I. Assistir às reuniões;

II. Preparar e encaminhar o expediente;

III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VI. Organizar o cronograma das reuniões;

VII. Receber e protocolar os processos e expedientes;

VIII. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Presidente;

IX. Organizar e manter o arquivo da Comissão;

X. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço desta secretaria;

XI. Compilar, planilhar dados para indicadores de qualidade da Comissão;

XII. Alimentar indicadores de qualidade da Comissão;

XIII. Criar e executar planos de ação de melhorias, em conjunto com os demais membros da Comissão;

XIV. Receber, analisar e tratar ocorrências e Oportunidades de Melhorias – OPM referentes a esta Comissão, em conjunto com os demais membros da Comissão.

Art. 6º Aos Membros da CDME incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;

VI. Ao membro eleito de forma interina, substituir o Presidente quando das suas ausências e impedimentos.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 7º As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente e as extraordinárias conforme a necessidade, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice-Presidente.

§ 1º A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativas ou, ainda, 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gerará sua exclusão automática da Comissão.

§ 2º O *quórum* mínimo para realização de reuniões será de 50% dos membros mais um.

Art. 8º As decisões da CDME serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado, um consultor, o qual apresentará parecer

sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

§ 1º As reuniões da CDME deverão ser registradas em ata e arquivadas contendo data, nome e assinatura dos membros presentes, resumo dos assuntos tratados, decisões tomadas e ações a serem executadas.

§ 2º Os assuntos tratados pela CDME deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 10º O Presidente da Comissão será nomeado pela Diretoria Técnica, sendo obrigatoriamente médico. O Vice-Presidente e Secretário serão nomeados pelo Presidente da Comissão.

§ 1º O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Geral, em comum acordo com as demais Diretorias.

§ 2º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada por meio de Ato Administrativo expedido pela Direção Geral, que será encaminhado à Secretaria da CDME, bem como a substituição/exclusão de qualquer membro, a qualquer momento.

§ 3º No caso de substituição de 1 (um) ou mais membros, caberá à Direção Geral, em comum acordo com as demais Diretorias, realizar novas nomeações por Atos Administrativos.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CDME, em conjunto com o Diretor Geral da Instituição.

Art. 12º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação de sua maioria absoluta.

2.1.5.3. Proposta do Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Documentação Médica e Estatística

Tabela 24 - Cronograma de Atividade Anual da CDME.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta da Comissão.	1.1. Realização de workshop	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Funcionamento da Comissão.	2.1. Reuniões Ordinárias 2.2. Reuniões Extraordinárias 2.3. Realização de Diligências	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais 3.2. Realizar análise crítica dos dados 3.3. Avaliar ações de melhoria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Publicização das demandas recebidas.	4.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Relatório anual de atividades.	5.1. Disponibilizar o relatório com os dados referentes a Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.6. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

2.1.6.1. Proposta de Constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Membros e Finalidade

A Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFAT é uma instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, que assessora a Diretoria Técnica ou Clínica na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos na Unidade hospitalar.

Pautada na Resolução nº 619/2015 do Conselho Federal de Farmácia - CFF, que dispõe sobre suas atribuições, a CFAT tem por objetivo atuar na análise crítica do uso de medicamentos e produtos para saúde na Unidade, por meio de estudos científicos e técnicas farmacoeconômicas que fundamentam a sua seleção e exclusão e desenvolver práticas voltadas ao seu uso seguro e racional.

Para a composição desta Comissão no HECAD, propõe-se os seguintes membros, a saber:

- 1 (um) Representante do Serviço de Farmácia;

- 1 (um) Representante do Serviço de Almoxarifado;
- 1 (um) Representante do Serviço de Qualidade;
- 1 (um) Representante do Serviço de Enfermagem;
- 1 (um) Representante do Serviço Médico;
- 1 (um) Representante da Equipe Multiprofissional;
- 1 (um) Representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT;
- 1 (um) Representante do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares - SCIH.

2.1.6.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CAPÍTULO I

DO NOME

Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFAT

CAPÍTULO II

DA CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1º A CFAT é uma instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, que assessoria a Diretoria Técnica do HECAD na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos na Unidade.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art 2º A CFAT é composta por representantes dos seguintes setores:

- 1(um) Representante do Serviço de Farmácia;
- 1(um) Representante do Serviço Médico;
- 1(um) Representante do Serviço de Almoxarifado;
- 1(um) Representante do Serviço de Qualidade;

- 1(um) Representante do Serviço de Enfermagem;
- 1(um) Representante da Equipe Multiprofissional;
- 1(um) Representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT;
- 1(um) Representante do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares - SCIH;

Art 3º Os membros da CFAT serão nomeados pela Direção do HECAD, sendo a escolha do seu Presidente prerrogativa dos seus membros, por meio de nomeação da Direção Técnica;

Art 4º Os ocupantes de cargos ou funções previstos no artigo anterior serão substituídos, em suas faltas ou impedimentos, por colaboradores indicados por sua chefia imediata.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA

Art 5º Compete à CFAT:

I.Promover ações relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos;

II.Auxilia o Núcleo de Segurança do Paciente - NUSP nas ações vinculadas à segurança da cadeia medicamentosa;

III.Implantar o Protocolo de Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos junto ao NUSP e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

IV.Estimular os profissionais a notificarem incidentes relacionados à cadeia medicamentosa;

V.Realizar visitas periódicas nos setores para educação continuada com os profissionais;

VI.Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na Unidade;

VII.Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da cadeia medicamentosa;

VIII. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da cadeia medicamentosa;

IX. Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos de ocorrência medicamentosa;

X. Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art 6º São atribuições dos membros da CFAT:

I - Do Presidente:

- a) Presidir e coordenar os trabalhos da CFAT;
- b) Estabelecer a pauta das reuniões;
- c) Convocar reuniões ordinárias e/ ou extraordinárias, quando necessário;
- d) Representar a Direção do HECAD, no que se refere às ações voltadas à cadeia medicamentosa, perante outras entidades;
- e) Aprovar e fazer cumprir o regimento interno da CFAT;
- f) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CFAT;
- g) Expedir documentação, mantendo as cópias em arquivo.

II - Do Secretário:

- a) Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- b) Redigir as atas das reuniões;
- c) Presidir as reuniões na impossibilidade do Presidente.

III - Dos demais membros da CFAT:

- a) Divulgar, cumprir e manter atualizadas as ações da CFAT;
- b) Colaborar na elaboração das atas durante as reuniões;

- c) Avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da cadeia medicamentosa;
- d) Levantar propostas para resolução de problemas encontrados;
- e) Outras atividades afins designadas pelo Presidente da Comissão para garantir o bom andamento dos trabalhos;
- f) Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CFAT.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

I.A CFAT deverá reunir-se ordinariamente mensalmente, de acordo com cronograma anual, ou extraordinariamente quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo Presidente da CFAT, com antecedência mínima de 2 (dois) dias, por meio de mensagem eletrônica;

II.A pauta da reunião será encaminhada junto com a convocação para a reunião;

III.Para cada reunião realizada da CFAT lavrar-se-á ata em meio eletrônico, que será subscrita pelo secretário;

IV.O *quórum* mínimo para realização das reuniões será de 50% mais um, devendo ter, no mínimo, um farmacêutico, à exceção do Presidente, e um enfermeiro;

V.O membro que não comparecer às reuniões convocadas por 3 (três) vezes consecutivas, sem justificativa, será excluído da CFAT, com substituição imediata;

VI.A justificativa de não comparecimento deve ser plausível e deverá ser encaminhada com, no mínimo, 24 horas de antecedência à reunião, via e-mail ou outra ferramenta institucional de comunicação. A justificativa será avaliada pela Diretoria Técnica da Unidade para verificar aceitação dela;

VII.As propostas elencadas em cada reunião ordinária terão que ser operacionalizadas e seus resultados apresentados na próxima reunião, ou sua justificativa para a sua não realização;

VIII.Esse regimento será revisto anualmente ou sempre que houver mudanças no funcionamento da CFAT.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 6º Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CFAT, em conjunto com o Diretor Técnico do HECAD.

Art. 7º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.6.3 Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Farmácia e Terapêutica

Tabela 25 – Cronograma de Atividade Anual da CFAT.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno.												
2. Reunião de planejamento anual.												
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão.												
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral.												
5. Realizar Educações Continuidas previstas no planejamento anual.												

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.7. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1.7.1. Proposta de Constituição da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

Membros e Finalidade

A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde – CRSS é uma comissão multiprofissional, que terá o desenvolvimento de suas atividades em caráter permanente, tendo como finalidade a execução de ações que visem a implantação e implementação do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, de modo a reduzir a produção de resíduos e com vistas à proteção e preservação dos recursos naturais, da saúde pública e do trabalhador.

A CRSS buscará, também, a promoção de programas de padrões sustentáveis de consumo no HECAD, com ações de conscientização socioambiental.

A Comissão será constituída, inicialmente, por 10 (dez) representantes dos serviços da Unidade, conforme exposto no artigo 4º do Regimento.

2.1.7.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1º A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde - CRSS é um órgão deliberativo, diretamente subordinado à Diretoria Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, tendo tempo de duração indeterminado e sendo regida por este Regimento Interno.

Art. 2º - A CRSS tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos do HECAD na definição de ações que objetivem a implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, de acordo com as normas vigentes, quais sejam RDC nº 306/2004, Lei 12.305/2010, Resolução CONAMA nº 358/2005.

Art. 3º A CRSS visa, também, a promoção de programas de mitigação de padrões insustentáveis de consumo no âmbito das atividades administrativas,

operacionais e assistenciais do HECAD, propondo agenda com ações de conscientização socioambiental e práticas sustentáveis que contribuam para o desenvolvimento sustentável.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E MANDATO

Art. 4º A CRSS terá a seguinte estrutura:

- 1 (um) representante do Serviço de Gestão Ambiental;
- 1 (um) representante do Serviço de Farmácia;
- 1 (um) representante do Serviço de Planejamento;
- 1 (um) representante do Serviço de Qualidade;
- 1 (um) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT;
- 1 (um) representante do Centro Cirúrgico - CC;
- 1 (um) representante do Serviço Multiprofissional;
- 1 (um) representante do Serviço de Enfermagem;
- 1 (um) representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT;
- 1 (um) representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH.

Art. 5º A CRSS será composta por trabalhadores do HECAD designados e substituídos por ato do Diretor Geral da Unidade.

Art. 6º A CRSS terá um Presidente designado por ato do Diretor Geral da Unidade e um Secretário Geral escolhido por eleição entre os integrantes, além dos membros efetivos e convidados;

§ 1º Além dos componentes mencionados no Art 4º, a CRSS poderá solicitar, para melhor desempenho de seu trabalho, colaboradores que participem, eventualmente, das atividades da Comissão.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º À CRSS do HECAD compete:

- a) Elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde - PGRSS;
- b) Coordenar o gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde do HECAD;
- c) Realizar o gerenciamento dos resíduos da Unidade, abrangendo as etapas de planejamento dos recursos físicos, recursos materiais e capacitação dos recursos humanos envolvidos;
- d) Promover o diagnóstico socioambiental, focando em mitigar hábitos e práticas insustentáveis nas atividades administrativas, assistenciais e operacionais do HECAD;
- e) Propor ações de consumo consciente para os setores da Unidade;
- f) Propor programas e medidas de incentivo ao uso racional de recursos;
- g) Propor critérios objetivos de sustentabilidade socioambiental para os processos de aquisição de bens, obras e contratação de serviços no âmbito da Unidade, em consonância com a Lei 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos - PNRS e outras legislações incorporadas na legislação ambiental;
- h) Atuar, de forma articulada com a Direção, para atingir as metas e ações de sustentabilidade, instituídas no Planejamento Estratégico da Unidade e da Agir;
- i) Criar ações para uso racional e destino de materiais recicláveis;
- j) Buscar parcerias para os programas ambientais;
- k) Promover cursos e palestras de Educação Ambiental;
- l) Elaborar e apresentar relatórios à Diretoria do HECAD.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8º Compete ao Presidente da CRSS:

- a) Dirigir a CRSS e representá-la interna e externamente;
- b) Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno;
- c) Fixar a pauta, convocar e presidir as reuniões;

- d) Submeter ao Diretor Geral do HECAD as propostas aprovadas pela CRSS;
- e) Designar tarefas aos membros ou grupos de trabalho para cumprimento dos objetivos propostos;
- f) Proferir voto de desempate;
- g) Aprovar e divulgar o relatório semestral de atividades;
- h) Apresentar cronograma de atividades anual;
- i) Coordenar a elaboração, aprovar e implementar plano de ação, anualmente ou extraordinariamente, visando o estabelecimento de metas a serem alcançadas, a partir de propostas apresentadas pelos membros.

Art. 9º Compete ao Secretário Geral da CRSS:

- a) Substituir o Presidente em suas faltas, licenças, férias e impedimentos;
- b) Lavrar atas das reuniões da CRSS, distribuindo-as aos demais membros para ciência, após cada reunião;
- c) Promover atos de preparação e de execução às atividades;
- d) Arquivar em pasta destinada exclusivamente à CRSS os documentos em meio físico;
- e) Manter os arquivos digitais e físicos organizados, atualizados e disponíveis para todos os membros;
- f) Executar as tarefas delegadas pelo Presidente.

Art. 10º Compete aos Membros Efetivos da CRSS:

- a) Participar das reuniões da Comissão, discutir e deliberar sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;
- b) Cumprir este Regimento Interno e zelar pelos objetivos da Comissão;
- c) Participar das atividades da Comissão, mantendo a presidência informada sobre assuntos que possam potencializar seus resultados.

CAPÍTULO V

DAS INSTRUÇÕES GERAIS, MANDATO E REUNIÃO

Art. 11º A CRSS reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês, de acordo com cronograma aprovado em reunião.

§ 1º Em todas as reuniões ordinárias e extraordinárias da CRSS será lavrada uma ata pelo Secretário Geral.

§ 2º Os membros deverão comunicar e justificar a impossibilidade de comparecer às reuniões, 24 horas antes do seu início, salvo situações excepcionais devidamente justificadas.

§ 3º Acarretará a substituição do membro da CRSS faltoso, a ser solicitada ao Diretor Geral do HECAD pelo Presidente da Comissão, via Comunicação Interna, a falta injustificada a 3 (três) reuniões sucessivas ou a 6 (seis) reuniões alternadas, por ano.

Art. 12º A comunicação entre os membros da CRSS e com terceiros dar-se-á, preferencialmente, por meio eletrônico, inclusive para fins de convocação de reuniões.

Art. 13º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.7.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

Tabela 26 - Cronograma de Atividade Anual da CRSS.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Reuniões Ordinárias da Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reuniões ordinárias da Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.8. COMITÊ TRANSFUSIONAL

2.1.8.1. Proposta de Constituição do Comitê Transfusional

Membros e finalidade

O Comitê Transfusional é composto por profissionais de diferentes especialidades, responsável pela definição e avaliação contínua da prática hemoterápica e pela hemovigilância em um serviço de saúde.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 05, de 28 de setembro de 2017 e Portaria GM/MS nº 158, de 04 de fevereiro de 2016, toda instituição de assistência à saúde que realiza transfusão de sangue e componentes sanguíneos comporá ou fará parte de um Comitê Transfusional.

É previsto como competência deste Comitê o monitoramento da prática hemoterápica na instituição, visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia, a hemovigilância e a elaboração de protocolos de atendimento de rotina hemoterápica.

Tendo em vista a relevância do assunto, a Diretoria do HECAD determinará a constituição do Comitê Transfusional, que aumentará a segurança

dos pacientes e promoverá o aperfeiçoamento do uso dos hemocomponentes na Unidade.

O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com indicação de representantes dos principais departamentos e serviços relacionados à hemoterapia, a saber:

- Representante do Serviço de Apoio de Diagnóstico Terapêutico - SADT;
- Médico Hematologista;
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH;
- Representante da Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
- Representante médico do setor de Internação Cirúrgica;
- Representante da Psicologia;
- Representante do Banco de Sangue.

Além destes, o Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

2.1.8.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê Transfusional

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art. 1º O Comitê Transfusional tem como objetivo realizar a promoção de ações que buscam o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, aumentando a segurança dos pacientes e aperfeiçoando o uso dos hemocomponentes.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete ao Comitê Transfusional:

- I. Monitorar a prática hemoterápica na instituição de assistência à saúde visando o uso racional do sangue, a atividade educacional continuada em hemoterapia e hemovigilância;
- II. Documentar, avaliar e solucionar os casos de prescrição inadequada de produtos hemoterápicos e desenvolver mecanismos para avaliação das requisições;
- III. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança do paciente durante o ato transfusional, em consonância às disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde;
- IV. Monitorar as reações transfusionais;
- V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
- VI. Criar e monitorar indicadores para avaliar a utilização dos hemocomponentes na Unidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art 3º Compete ao Presidente do Comitê Transfusional:

- I. Dirigir o Comitê e representá-la interna e externamente;
- II. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno;
- III. Fixar a pauta, convocar e presidir as reuniões do Comitê Transfusional;
- IV. Submeter à Diretoria Geral do HECAD as propostas apresentadas em reunião;
- V. Designar tarefas aos membros ou grupos de trabalho para cumprimento dos objetivos propostos;
- VI. Informar a Diretoria Geral sobre as ausências injustificadas dos membros do Comitê Transfusional e indicar seus substitutos;

VII. Coordenar a elaboração, aprovar e implementar plano de ação, anualmente ou extraordinariamente, visando o estabelecimento de metas, a partir de sugestões apresentadas pelos membros.

Art. 4º Compete ao Vice-Presidente do Comitê Transfusional:

- I. Substituir o Presidente em suas faltas, licenças, férias e impedimentos;
- II. Executar atribuições designadas pelo Presidente;

Art. 5º Compete ao Secretário do Comitê Transfusional:

- I. Lavrar atas das reuniões do Comitê, distribuindo-as aos demais membros para ciência, após cada reunião;
- II. Anotar as presenças e ausências dos membros, comunicando-as ao Presidente;
- III. Promover ato de preparação e de execução às atividades;
- IV. Auxiliar no gerenciamento da página do Comitê no e-doc e demais sistemas;
- V. Manter os arquivos digitais e físicos organizados, atualizados e disponíveis para todos os membros;
- VI. Executar tarefas delegadas pelo Presidente.

Art. 6º Aos Membros Efetivos do Comitê Transfusional incumbe:

- I. Participar das reuniões do Comitê, discutir e deliberar sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;
- II. Cumprir este regimento interno e zelar pelos objetivos do Comitê;
- III. Participar das atividades do Comitê, mantendo a presidência informada sobre assuntos que possam potencializar seus resultados.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 7º O Comitê reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando convocado pela Diretoria Geral do HECAD, pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus Membros. A data de realização das reuniões será estabelecida e informada previamente. A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

- I. Verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente ou Secretário;
- II. Levantamento das pendências da reunião anterior;
- III. Pauta do dia com descrição da reunião;
- IV. Após a discussão da pauta, estabelecer-se-á as pendências a serem tratadas, com definição das ações, responsáveis e prazos.

Art. 8º A cada reunião, os Membros consignarão sua presença em lista de presença.

§ 1º A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, em 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses, gerará sua exclusão automática da Comissão.

§ 2º O *quórum* mínimo para realização de reuniões será de 50% dos membros mais um.

Art. 9º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

§ 1º As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas, contendo data, nome e assinatura dos membros presentes, resumo dos assuntos tratados, decisões tomadas e ações a serem executadas.

§ 2º Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 10º O Presidente da Comissão será nomeado pela Diretoria Geral do HECAD, enquanto que o Vice-Presidente e Secretário serão nomeados pelo Presidente da Comissão.

§ 1º O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Direção Geral, em comum acordo com as demais Diretorias.

§ 2º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada por meio de Ato Administrativo expedido pela Direção Geral da Unidade, bem como a substituição/exclusão de qualquer membro, a qualquer momento.

§ 3º No caso de substituição de 1 (um) ou mais membros, caberá à Direção Geral, em comum acordo com as demais Diretorias, realizar novas nomeações por Atos Administrativos.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.11º O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 12º O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros, desde que submetida à aprovação da Diretoria Geral da Unidade.

Art. 13º O presente Regimento Interno estará em vigor na data de sua aprovação pela Diretoria Geral do HECAD, revogadas as disposições em contrário.

2.1.8.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê Transfusional

Tabela 27 - Cronograma de Atividade Anual do Comitê Transfusional.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ TRANSFUSIONAL													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta do Comitê	1.1. Realização de workshop	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Funcionamento do Comitê.	2.1. Reuniões Ordinárias 2.2. Reuniões Extraordinárias 2.3. Realização de Diligências	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais 3.2. Realizar análise crítica dos dados 3.3. Avaliar ações de melhoria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Publicização das demandas recebidas.	4.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Relatório semestral de atividades.	5.1. Disponibilizar o relatório com os dados referentes ao Comitê	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.9. COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

2.1.9.1. Proposta de Constituição do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

Membros e finalidade

O Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar terá por finalidade gerenciar a assistência dos pacientes com internação em enfermaria por um período igual ou superior a 30 dias, com foco nas ações de desospitalização.

Este Comitê será formado por uma equipe multidisciplinar constituída por membros representados e nomeados pela Diretoria Técnica do HECAD.

2.1.9.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

DE ALTA HOSPITALAR

Art. 1º Das opções de Alta hospitalar do paciente do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

- a) **Alta para o domicílio:** permite o retorno do paciente ao ambiente familiar, retirando-o do ambiente de risco hospitalar.
- b) **Alta para instituições de longa permanência:** pacientes com ou sem suporte familiar, em condição clínica estável, em diferentes níveis de complexidade e dependência para atividades de vida diária, recebem alta hospitalar e são encaminhamento para locais de acolhimento em regime integral.
- c) **Alta para o Serviço de Atendimento Domiciliar - SAD:** serviço direcionado para pacientes da área de internação do HECAD, que oferece assistência aos

que necessitam de intervenções multiprofissionais e que estejam em condições de serem assistidos em domicílio.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º São competências do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar do HECAD:

I. Identificar precocemente e acompanhar os pacientes com risco para longa permanência hospitalar;

II. Avaliar e contribuir para uma maior adequação e racionalização do tempo de permanência, planejamento de alta e encaminhamentos, provendo uma desospitalização segura do paciente, conduzindo de forma rotineira e aplicável as atividades abaixo elencadas:

- a) Identificar, desde o momento da admissão, os pacientes com risco para longa permanência, tais como pacientes com insuficiência renal em terapia dialítica, pacientes com patologias que afetam o sistema nervoso central ou motor, doença pulmonar obstrutiva crônica grave, pacientes com reinternações frequentes e pacientes com indicação de antibiótico prolongado;
- b) Monitorar os pacientes com internação superior a 10 (dez) dias;
- c) Monitorar a abertura do Projeto Terapêutico Singular - PTS e o cumprimento da Alta Qualificada;
- d) Detectar, durante o período de internação hospitalar, falhas de fluxo que possam interferir no tempo de permanência no leito e na qualidade assistencial oferecida e propor intervenções relacionadas a exames diagnósticos e terapêuticos, interface entre as equipes médicas, problemas sociais ou de entendimento do paciente, família ou cuidador e transição para o ambiente extra-hospitalar de pacientes complexos;
- e) Desenvolver estratégias para melhoria da comunicação entre as equipes das estruturas de cuidado, serviços especializados, de apoio técnico e suporte administrativo;

- f) Acompanhar o preparo do paciente, da família e cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;
- g) Providenciar encaminhamentos junto aos recursos existentes na comunidade de forma a viabilizar tratamento/permanência fora da Unidade, residência ou instituições de longa permanência, caso necessário;
- h) Orientar ou encaminhar para a continuidade do cuidado no domicílio com suporte multidisciplinar, por meio de serviços de *Home Care* ou Serviço de Atendimento Domiciliar - SAD, de forma a facilitar a desospitalização e reduzir os índices de reinternação;
- i) Gerar bases de dados para monitorar a qualidade do atendimento e a incidência de desfechos adversos.

CAPÍTULO III

DOS RESULTADOS ESPERADOS

Art. 3º São resultados esperados da atuação do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar do HECAD:

- a) Menor tempo de permanência hospitalar dos pacientes;
- b) Aumento do giro de leito na Unidade;
- c) Maior disponibilidade de vagas na Unidade;
- d) Menor quantidade de complicações para o paciente;
- e) Redução do custo assistencial.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 4º São atribuições do Presidente do Comitê:

- I. Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Estabelecer a pauta das reuniões;
- III. Dirigir os trabalhos do Comitê;

- IV. Distribuir tarefas entre os membros do Comitê;
- V. Representar o Comitê perante os demais órgãos do HECAD, subscrevendo seus atos;
- VI. Indicar o seu substituto, entre os membros do Comitê.
- VII. Fazer cumprir o Regimento.

Parágrafo único - O Vice-Presidente é responsável por substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários, realizando, nesse período, as atividades atribuídas ao Presidente.

Art. 5º São atribuições do Secretário do Comitê:

- I. Presidir as reuniões na impossibilidade do Presidente;
- II. Registrar em ata todas as resoluções do Comitê;
- III. Convocar os membros do Comitê para reuniões determinadas pelo Presidente;
- IV. Expedir documentação, mantendo as cópias em arquivo;
- V. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente.

Art. 6º Aos demais Membros do Comitê compete:

- I. Sinalizar ao Comitê os pacientes com risco para longa permanência hospitalar;
- II. Participar de reunião mensal para discussão de casos e busca da melhoria contínua.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 7º As reuniões do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar do HECAD serão mensais e, extraordinariamente, de acordo com a convocação do Presidente.

Art. 8º Na ausência do Presidente, um membro designado pelo mesmo deverá realizar a reunião, dando andamento aos trabalhos empreendidos.

Art. 9º As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e/ou e-mail para o Presidente, sendo que 03 (três) ausências consecutivas ou 06 (seis)

intercaladas no período de 1 (um) ano não justificadas poderão ocasionar o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 10º As resoluções do Comitê serão tomadas com a participação do número de presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 11º Os assuntos tratados pelo Comitê deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 12º Para cada reunião realizada, deverá ser lavrada ata, subscrita pelos presentes.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13º O Comitê utilizará o Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, bem como arquivos físicos e/ou eletrônicos complementares aos prontuários e/ou a processos administrativos que possam contribuir com a desospitalização.

Art. 14º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Presidente deste Comitê e Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 15º O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê por meio da maioria absoluta de seus membros, bem como da Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 16º O presente Regimento Interno será aprovado pela Diretoria Técnica e entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

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

2.1.9.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar

Tabela 28 - Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES												
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta da Comitê	1.1. Realização de workshop.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Funcionamento da Comitê	2.1. Reuniões Ordinárias; 2.2. Reuniões Extraordinárias; 2.3. Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais; 3.2. Realizar análise crítica dos dados; 3.3. Avaliar ações de melhoria.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Publicização das demandas recebidas.	4.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Relatório anual de Atividades	5.1 Disponibilizar o relatório com os dados referentes a Comitê	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.10. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

2.1.10.1. Proposta de Constituição do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Membros e Finalidade

A segurança do paciente envolve ações promovidas pelas instituições de saúde e ensino para reduzir o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Ela engloba todos os estudos e práticas para a diminuição e/ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente.

A RDC nº 36/2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, instituiu ações para promover a segurança do paciente em serviços de saúde. Essa normativa regulamenta aspectos da segurança do paciente como a implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP, a

obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do plano anual de segurança do paciente.

Como proposta de trabalho para o HECAD, será estruturado o NQSP, que ficará responsável por promover melhorias relacionadas à segurança do paciente, de forma a prevenir e reduzir a incidência dos eventos durante toda a sua estadia na Unidade.

Será utilizada a ficha de notificação de eventos adversos e contribuições de melhoria, que poderá ser registrada por qualquer colaborador ou paciente em meio físico ou eletrônico. Os eventos serão notificados mensalmente ao MS/ANVISA, conforme previsto pela RDC nº36/2013.

O NQSP também terá como responsabilidade a elaboração do plano de segurança do paciente, que contemplará os protocolos básicos de segurança do paciente que atendam o perfil da Unidade.

O NQSP estará diretamente ligado à Diretoria Geral, e será composto por membros representantes dos seguintes serviços do HECAD, a saber:

- 1 (um) Representante da Direção;
- 1 (um) Enfermeiro da Internação;
- 1 (um) Enfermeiro do Ambulatório;
- 1 (um) Analista da Qualidade, que presidirá o NQSP;
- 1 (um) Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
- 2 (dois) Profissionais da equipe Multiprofissional;
- 1 (um) Profissional do Laboratório;
- 1 (um) Profissional do Serviço de Controle e Infecção Hospitalar – SCIH;
- 1 (um) Enfermeiro do Centro Cirúrgico - CC;
- 1 (um) Enfermeiro do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT.

Protocolos de segurança do paciente

Os protocolos compõem práticas de segurança voltadas a propiciar uma assistência segura. Eles são componentes obrigatórios dos planos de segurança

do paciente dos estabelecimentos de saúde, conforme estabelecido pela RDC nº 36/2013.

I - Protocolo de identificação do paciente

O protocolo de identificação do paciente deverá assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa certa para a qual se destina e que a identificação ocorra de forma padronizada.

O paciente no HECAD deverá ser identificado no momento do cadastro/admissão para internação. A identificação será realizada por meio de pulseira contendo os descritores padronizados, a saber: nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento e número do prontuário.

II - Protocolo de comunicação efetiva

O processo de comunicação efetiva visa otimizar a comunicação entre as equipes interdisciplinares, melhorando a qualidade e segurança na prestação do cuidado, com vistas à redução de erros e eventos adversos.

O protocolo a ser implantado no HECAD incluirá a rotina de passagem de plantão por meio de documento padronizado e disponibilizado em meio eletrônico (passômetro), com atualização a cada final de jornada de trabalho, contribuindo para uma comunicação mais clara e segura entre as equipes.

III - Protocolo de segurança na prescrição e na administração de medicamentos

Este protocolo terá como objetivo a promoção de práticas seguras no uso de medicamentos na Unidade.

Para tal, serão implantados protocolos, tais como de identificação do paciente, prescrição segura de medicamentos e vias de administração de medicamentos, visando maior segurança em todo processo da cadeia medicamentosa.

IV - Protocolo de Cirurgia Segura

O Protocolo de Cirurgia Segura constitui-se em um conjunto de regras estabelecidas em um consenso internacional comandado pela Organização

Mundial de Saúde - OMS com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para os pacientes.

Visando reduzir a incidência de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos e atender às metas de segurança do paciente - tais como uso de antibiótico profilático, tricotomia segura (quando indicada), demarcação de lateralidade, controle glicêmico, entre outros - será implantada no HECAD a utilização do *checklist* de cirurgia segura.

O uso desse instrumento promoverá barreiras de segurança em momentos específicos do processo cirúrgico, sendo esses momentos a admissão do paciente no CC, a entrada do paciente na sala operatória, antes da indução anestésica, o *timeout* (ou pausa), antes da incisão cirúrgica, antes do fechamento de cavidade e antes do paciente deixar o CC.

V - Protocolo de higienização das mãos

Será implantado o protocolo de higienização das mãos no HECAD, embora tal rotina já faça parte das boas práticas em saúde.

O protocolo terá a finalidade, prevenir e controlar as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - IRAS, visando a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos os envolvidos, por meio da adesão à lavagem das mãos.

Serão realizadas medidas como programas de conscientização da lavagem das mãos, adesão ao protocolo de higienização das mãos e utilização de solução alcoólica por meio de mensuração e análise do quantitativo gasto por mês.

VI - Protocolo de prevenção de risco de queda e lesão por pressão

O protocolo de prevenção de risco de queda terá como finalidade reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente. Para o risco de queda, será utilizada a Escala de *Morse*, que possibilita avaliar o paciente por meio de uma escala numérica, na qual quanto maior o escore maior o risco do paciente.

Já o protocolo de prevenção de risco de lesão por pressão visará prevenir a ocorrência desta e de outras lesões da pele, visto que sua incidência aumenta

proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, entre eles, idade avançada e restrição ao leito. Para o risco de lesão por pressão será utilizada a Escala de *Braden*, que possibilita avaliar o paciente por meio de uma escala numérica, classificando em baixo, médio ou alto risco de desenvolver lesão por pressão. Baseado neste resultado, medidas de prevenção deverão ser adotadas.

2.1.10.2. Proposta de Regimento Interno do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este Regimento atende às normas instituídas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do consumidor. A ANVISA, também, é o órgão que define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela ANVISA são comunicados à Organização Mundial de Saúde - OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, diretamente ligado à Direção Geral do HECAD.

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

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

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

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

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

I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos:

- a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado;
- b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado;
- c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente;
- d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente, após cirurgia ou outro procedimento invasivo;
- e) Óbito intraoperatório ou imediatamente pós-operatório/ pós-procedimento em paciente ASA Classe 1.

II - Eventos relacionados a produtos

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos;
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde;
- c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos contaminados (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células);
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na ANVISA).

III - Eventos relacionados à proteção do paciente:

- a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para pessoa não autorizada;
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente;
- c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

IV - Eventos relacionados à gestão do cuidado:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada);
- b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional;
- c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco;
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- e) Qualquer lesão por pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde;
- f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- g) Inseminação artificial com o espermatozoide do doador errado ou com o óvulo errado.
- h) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
- i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

V - Eventos ambientais:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde;

- b) Qualquer incidente no qual o sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenha o gás errado ou esteja contaminado com substâncias tóxicas;
- c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde;
- e) Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de ressonância magnética.

VI - Eventos criminais potenciais:

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

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

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

Art. 10º O NQSP é a instância da Unidade responsável por promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

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

CAPÍTULO II

DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 12º O NQSP tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 13º Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde.

Art. 14º Este NQSP, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção, obedecerá às seguintes normas:

I. Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998, que estabelece as normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

II. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP;

III. Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013, que aprova os protocolos de segurança do paciente;

IV. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

V. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: ANVISA, 2014.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 15º O NQSP deve ser composto, minimamente, por:

- I. 1(um) Representante da Direção;
- II. 1(um) Enfermeiro da Internação;
- III. 1(um) Enfermeiro do Ambulatório;
- IV. 1(um) Analista da Qualidade, que presidirá o NQSP;
- V. 1(um) Enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
- VI. 2 (dois) Profissionais da equipe multiprofissional;
- VII. 1 (um) Profissional do Laboratório;
- VIII. 1 (um) Profissional do Serviço de Controle e Infecção Hospitalar – SCIH;
- IX. 1(um) Enfermeiro do Centro Cirúrgico - CC;
- X. 1(um) Enfermeiro do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT.

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 16º São princípios do NQSP:

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

Art. 17º Competências do NQSP:

- I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da Instituição;
- II. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da Unidade;

- III. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos, propondo ações preventivas e corretivas;
- IV. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- V. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VI. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- VIII. Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo MS/ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da Unidade;
- IX. Compartilhar e divulgar à Direção e aos profissionais da Unidade os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- X. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária dos eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias; desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIII. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança, com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

- XIV. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XV. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa do Centro de Ensino e Desenvolvimento - CED/Agir;
- XVI. Apoiar a Agir no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Organização;
- XVII. Participar ativamente de eventos e demais ações promovidas pela Agir sobre segurança do paciente e qualidade;
- XVIII. Sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da segurança do paciente;
- XIX. Estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 18º Os Membros do NQSP devem exercer suas funções com celeridade, seguindo os seguintes princípios:

- I. Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- II. Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- III. Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- IV. Proteção à identidade do notificador;
- V. Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- VI. Foco nos processos durante a apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 19º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do NQSP deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único - O Membro do NQSP estará impedido de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa, caso seja aberto para votação.

Art. 20º As matérias examinadas nas reuniões do NQSP têm caráter sigiloso, pelo menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único - Os Membros do NQSP não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Direção.

Art. 21º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

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

Art. 22º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NQSP.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 23º O mandato dos membros do NQSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzido.

Parágrafo único - Independente da motivação sobre a destituição de membro do NQSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Direção.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Art. 24º As reuniões do NQSP serão realizadas em caráter ordinário quinzenalmente, em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a

conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com, no mínimo, 72 horas de antecedência.

Art. 25º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 horas de antecedência.

Art. 26º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 27º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro do NQSP.

Art. 28º A convocação para reunião do NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 29º O NQSP poderá incluir, mensalmente, em uma das suas reuniões, a apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 30º As reuniões serão realizadas com, no mínimo, 1/3 (um terço) dos membros do NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 31º De cada reunião será lavrada ata em meio eletrônico, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 32º Os membros do NQSP que faltarem a 3 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente desligados e o pedido de sua substituição encaminhado à Diretoria da Unidade.

Art. 33º As reuniões do NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho, caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 34º As deliberações do NQSP serão estabelecidas por consenso entre os seus membros, preferencialmente.

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

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

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

CAPÍTULO X

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 35º O Apoio Administrativo ao NQSP será realizado pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, em parceria com a Secretaria do Núcleo.

Art. 36º São consideradas atividades administrativas:

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

CAPÍTULO XI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO NQSP

Art. 37º O NQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam ao NQSP.

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

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

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

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 38º Este Regimento Interno poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos Membros do Núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para essa finalidade.

Art. 39º Os casos omissos serão resolvidos pelo Núcleo em reunião para isto convocada, com a presença da Diretoria da Unidade.

Art. 40º O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.1.10.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Tabela 29 - Cronograma de Atividade Anual do NQSP.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta Do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.	1.1. Realização de workshop.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Implantação das Metas relacionadas a Segurança do Paciente.	2.1. Realização de treinamentos com a equipe Multiprofissional; 2.2. Apresentação de palestras com convidados externos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Monitoramento dos eventos adversos	3.1 . Acompanhamento no sistema o registro das oportunidades de melhoria e oportunização de melhorias.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Funcionamento do Núcleo.	4.1 Reuniões Ordinárias; 4.2 Reuniões Extraordinárias; 4.3 Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	5.1 Consolidar dados mensais; 5.2 Realizar análise crítica dos dados; 5.3 Avaliar ações de melhoria.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Publicização das demandas recebidas.	6.1 Sistematizar as atividades desenvolvidas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Relatório mensal de Atividades	7.1 Disponibilizar o relatório com os dados referentes ao Núcleo.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.11. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

2.1.11.1. Proposta de Constituição do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Membros e Finalidade

Considerando que o ambiente hospitalar é importante fonte para a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, principalmente os casos mais graves, e que a investigação epidemiológica desses casos pode demonstrar o surgimento de novas doenças ou mudanças na história natural de uma doença ou no seu comportamento epidemiológico, com impacto para a saúde pública no município, a Agir propões a implantação do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH no HECAD.

Esta proposta tem como base, principalmente, as legislações:

- Portaria GM/MS nº 1.693, de 23 de julho de 2021, que institui a Vigilância Epidemiológica Hospitalar e a define como um conjunto de serviços, no âmbito hospitalar, que proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde;
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a execução de ações de vigilância epidemiológica como uma das atribuições do SUS, e;
- Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências.

O NVEH estará diretamente ligado à Diretoria Geral do HECAD e apresentará, minimamente, a seguinte composição:

- 1 (um) Enfermeiro;
- 2 (dois) Técnico de Enfermagem;

- 1 (um) Agente Administrativo.

2.1.11.2. Proposta de Regimento Interno do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º Este Regimento visa organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 2º Este Regimento atende às normas instituídas pelo Ministério da Saúde - MS, por meio da Portaria nº 2.529/2004 e Portaria nº 2.254/2010, além da Portaria nº 1.693/2021. Esta última institui a Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, bem como os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e, também, define o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos NVEH.

Art. 3º O conteúdo deste Regimento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do NVEH e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 4º O NVEH tem por finalidade a detecção, a notificação e a investigação dos agravos constantes da Portaria GM/MS nº 2.254/2010, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida. Este Núcleo deve, também, auxiliar na elaboração de treinamento de profissionais que atuam no HECAD para educação em relação às doenças de notificação.

Art. 5º As ações do NVEH terão por objetivo detectar, de modo oportuno, as doenças transmissíveis e os agravos de importância nacional ou internacional, bem como a alteração do padrão epidemiológico em regiões estratégicas do

país, desenvolvida em estabelecimentos de saúde hospitalares, que atuarão como unidades sentinelas para a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar Nacional - REVEH.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º Na organização, são atribuições do NVEH:

I. Elaborar, implementar e manter o sistema de busca ativa em pacientes internados ou atendido em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de Doenças de Notificação Compulsória - DNC e/ou eventos de saúde pública - como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida e outros decorrentes de desastres ou acidentes;

II. Realizar notificação compulsória imediata em até 24 horas ao primeiro nível hierárquico superior, para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, segundo normas e procedimentos estabelecidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - SMS/GO;

III. Notificar e investigar as DNC, no âmbito hospitalar, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas e digitá-las no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e demais sistemas de informação oficiais do MS;

IV. Realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes da Portaria de Consolidação GM/MS nº 04/2017 - alterada pela Portaria GM/MS nº 1.061/2020 - detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a SMS/GO e com a SES/GO, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;

V. Realizar as atividades de investigação de casos, surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar;

VI. Monitorar e participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a

Comissão de Análise de Óbitos - CVO do HECAD e em articulação com a SMS/GO e com a SES/GO, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.254/2010;

VII. Monitorar e participar da investigação dos óbitos fetais e infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a CVO e em articulação com a SMS/GO e com a SES/GO, nos termos da Portaria GM/MS nº 2.254/2010;

VIII. Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores;

IX. Promover um trabalho integrado com o laboratório da Unidade e com outros laboratórios de referência, bem como serviços de anatomia patológica, estabelecendo fluxo interno de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC e eventos de importância em saúde pública;

X. Incentivar o envio de material para necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em casos de óbito por causa mal definida;

XI. Estabelecer um fluxo de informação com a farmácia para recebimento de informação de pacientes em uso de medicamentos próprios de DNC;

XII. Disponibilizar a integração com o serviço de arquivo médico e a Comissão de Revisão de Prontuários - CORP da Unidade para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e outros registros de atendimento;

XIII. Desenvolver processo de trabalho integrado com os setores estratégicos da unidade hospitalar, tais como Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, Serviço de Arquivo de Prontuário, Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Verificação de óbitos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Comissão de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica;

XIV. Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar;

XV. Realizar estudos epidemiológicos complementares das DNC no ambiente hospitalar;

XVI. Elaborar e divulgar, periodicamente, relatórios das doenças notificadas no hospital e realizar, sistematicamente, reuniões com as equipes médicas e de outros profissionais;

XVII. Promover capacitação continuada dos profissionais do serviço sobre o preenchimento das fichas de notificação e investigação do SINAN, declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XVIII. Proporcionar campo de estágio em vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar para residentes e alunos de cursos de especialização ou curso técnico profissionalizante;

XIX. Contribuir para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa na área de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar;

XX. Avaliar as ações desenvolvidas, utilizando indicadores de qualidade nas dimensões estrutura, processo e resultado;

XXI. Elaborar relatórios trimestrais de desempenho do NVEH e de perfil de morbimortalidade hospitalar das DNC, em instrumento e fluxo padronizado pelos órgãos governamentais responsáveis;

XXII. Elaborar e encaminhar à Vigilância Epidemiológica Hospitalar da SES-GO - VEH/SES-GO a Programação Anual das Atividades e relatório das atividades realizadas, em instrumento e fluxo padronizado;

XXIII. Promover um trabalho integrado com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do município de Goiânia.

Parágrafo único - As atividades complementares que envolvam outros usos da epidemiologia em âmbito hospitalar poderão ser desenvolvidas pelos NVEH dos hospitais de referência, de acordo com as prioridades definidas pelos gestores estadual e municipal, desde que seja assegurada a adequação técnica e quantitativa da equipe lotada no NVEH.

Art. 7º O NVEH de hospitais públicos estaduais e regionais sob gestão direta da SES/GO ou de Organizações Sociais estarão vinculadas, tecnicamente, à VEH/SES-GO.

Art. 8º A Vigilância Epidemiológica Hospitalar deverá ter seu funcionamento e processo de trabalho normatizado por Regimento Interno e os procedimentos

operacionais padrões realizados pelos NVEH deverão estar registrados em meio eletrônico ou impresso.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 9º O NVEH é constituído pelos seguintes profissionais:

- I. 1(um) Enfermeiro;
- II. 2 (dois) Técnico de Enfermagem;
- III. 1(um) Agente Administrativo.

Art. 10º Compete ao Enfermeiro do NVEH:

- I. Coordenar os trabalhos do NVEH;
- II. Representar a instituição, sempre que necessário, no que se refere à vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos, perante outras entidades;
- III. Supervisionar e/ ou realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas, por meio do método de busca ativa para pacientes internados e ambulatoriais;
- IV. Supervisionar e revisar os casos levantados durante a vigilância epidemiológica;
- V. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos de DNC, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas;
- VI. Notificar a SVS/MS as DNC detectadas no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos;
- VII. Fornecer a taxa mensal de DNC das unidades sob vigilância;
- VIII. Assessorar a Direção do HECAD sobre as questões relativas ao NVEH;
- IX. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa dos agravos em serviços de saúde;
- X. Manter-se atualizado na área de vigilância epidemiológica;
- XI. Divulgar, diariamente, os resultados de exames em andamento a respeito de pacientes internados e ambulatoriais sob vigilância epidemiológica;

- XII. Realizar capacitação sobre vigilância epidemiológica para colaboradores;
- XIII. Elaborar normas para vigilância epidemiológica;
- XIV. Elaborar, em conjunto com as equipes envolvidas, protocolos para vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos;
- XV. Cumprir e fazer cumprir as decisões do NVEH;
- XVI. Cumprir e fazer as determinações das normas vigentes;
- XVII. Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno do NVEH.

Art. 11º Compete ao Técnico de Enfermagem do NVEH:

- I. Proceder à investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas, por meio do método de busca ativa para pacientes internados e ambulatoriais;
- II. Revisar os casos levantados durante a vigilância epidemiológica;
- III. Proceder à investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos de DNC, em colaboração com as equipes das unidades envolvidas;
- IV. Notificar a SVS/MS as DNC detectadas no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos;
- V. Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa dos agravos em serviços de saúde;
- VI. Divulgar, diariamente, os resultados de exames em andamento a respeito de pacientes internados e ambulatoriais sob vigilância epidemiológica;
- VII. Realizar capacitação sobre vigilância epidemiológica para colaboradores;
- VIII. Elaborar, em conjunto com as equipes envolvidas, protocolos para vigilância epidemiológica das doenças, eventos e agravos;
- IX. Manter-se atualizado na área de vigilância epidemiológica;
- X. Cumprir e fazer cumprir as decisões do NVEH;
- XI. Cumprir e fazer as determinações das normas vigentes.

Art. 12º Compete ao Agente Administrativo do NVEH:

- I. Manter atualizado os indicadores aplicados ao serviço;

II. Realizar, diariamente e conforme demanda, o registro das fichas de notificação compulsória no SINAN;

III. Preparar relatório de envio das fichas de notificação compulsória para os órgãos de saúde;

IV. Realizar ata de reunião em documento eletrônico, sempre que necessário;

V. Participar das atividades diárias do NVEH.

Art. 13º Este regimento entrará em vigor na data da sua aprovação e publicação.

2.1.11.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Tabela 30 - Cronograma de Atividade Anual do NVEH.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação do Serviço e aprovação do Regimento Interno.	■											
2. Reunião de planejamento anual	■											
3. Treinamento periódico das Doenças de Notificação Compulsória e preenchimento da ficha.		■		■		■		■		■		■
4. Publicação do relatório mensal de Doenças e Agravos notificados na Unidade.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Projeto para Sistematização das Fichas de Notificação em meio eletrônico integrado ao Prontuário do Paciente.			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.12. COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

2.1.12.1. Proposta de Constituição da Comissão Interna de Qualidade

Membros e finalidade

A Comissão Interna de Qualidade - CIQ será um órgão consultivo, deliberativo e diretamente subordinado à Diretoria Geral do HECAD, que terá por

finalidade instituir ações para a melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde da Instituição.

No HECAD, a CIQ será composta por 1 (um) Presidente, 1 (um) Vice-presidente, 1 (um) Secretário, ambos nomeados pela Diretoria Geral da Unidade, além de seus Membros constituídos por uma equipe multidisciplinar, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro.

2.1.12.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão Interna de Qualidade

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

CAPÍTULO I

DA COMPETÊNCIA

Art 1º Compete à Comissão Interna de Qualidade – CIQ do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

- I.Promover ações para a gestão de riscos no serviço de saúde;
- II.Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- III.Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas na Unidade;
- IV.Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde do HECAD;
- V.Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde na Instituição;
- VI.Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores no HECAD;
- VII.Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes na Unidade;
- VIII.Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX. Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde no HECAD;

X. Compartilhar e divulgar à Direção e aos profissionais do serviço de saúde da Unidade os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art 2º Serão atribuições dos membros da CIQ do HECAD, a saber:

I - Do Presidente:

- a) Presidir e coordenar os trabalhos da CIQ;
- b) Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias quando necessário;
- c) Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CIQ;
- d) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CIQ;
- e) Assinar as atas das reuniões realizadas;
- f) Coordenar a produção dos relatórios e planejamentos pertinentes à Comissão.

II - Do Vice-Presidente:

- a) Presidir as reuniões na impossibilidade do Presidente;
- b) Executar atribuições designadas pelo Presidente;
- c) Assinar as atas de reuniões realizadas.

III - Do Secretário:

- a) Estabelecer a pauta das reuniões;
- b) Registrar em ata as resoluções da Comissão;
- c) Redigir as atas das reuniões;
- d) Expedir documentação, mantendo as cópias em arquivo;
- e) Assinar as atas de reuniões realizadas;
- f) Produzir os relatórios e planejamentos pertinentes à comissão.

IV - Dos demais membros da CIQ:

- a) Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;
- b) Colaborar na elaboração das atas durante as reuniões;
- c) Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em qualidade em serviços de saúde no HECAD;
- d) Avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação dos serviços de saúde na Unidade;
- e) Levantar propostas para resolução de problemas encontrados na Instituição;
- f) Outras atividades afins designadas pelo Presidente da Comissão para garantir o bom andamento dos trabalhos;
- g) Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno da CIQ;
- h) Cumprir e fazer cumprir as decisões da CIQ no HECAD;
- i) Assinar as atas de reuniões realizadas.

CAPÍTULO III**DA ORGANIZAÇÃO**

Art 3º A CIQ deverá reunir-se, ordinariamente conforme protocolo específico de reuniões, sendo intercalada com as reuniões da segurança do paciente de acordo e, extraordinariamente, quando necessário, sendo sua convocação efetuada pelo Presidente ou Secretário da CIQ;

Art 4º A pauta da reunião será encaminhada junto com a convocação para a reunião, por meio de mensagem eletrônica;

Art 5º Para cada reunião realizada a CIQ lavrará ata, que será subscrita pelo Secretário;

Art 6º Não será necessário um *quórum* mínimo para realização das reuniões;

Art 7º O Membro que não comparecer às reuniões convocadas por 3 (três) vezes consecutivas, sem justificativa, será excluído da CIQ com substituição imediata;

Art 8º As propostas elencadas em cada reunião ordinária serão operacionalizadas e seus resultados apresentados na próxima reunião ou sua justificativa para a sua não realização;

Art 9º Esse regimento será revisto a cada 2 (dois) anos ou quando ocorrerem mudanças no funcionamento da CIQ.

2.1.12.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão Interna de Qualidade

Tabela 31 – Cronograma de Atividade Anual da CIQ.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta da Comissão.	1.1. Realização de workshop.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Monitoramento das oportunidades de melhoria.	2.1. Acompanhamento no sistema o registro das oportunidades de melhoria e oportunidade de melhorias.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Funcionamento da Comissão.	3.1. Reuniões Ordinárias; 3.2. Reuniões Extraordinárias; 3.3. Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	4.1. Consolidar dados mensais; 4.2. Realizar análise crítica dos dados; 4.3 Avaliar ações de melhoria.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Publicização das demandas recebidas.	5.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Relatório mensal de atividades.	6.1. Disponibilizar o relatório com os dados referentes a Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.13. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

2.1.13.1. Proposta de Constituição da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Membros e Finalidade

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários - CORP terá como propósito garantir que os prontuários sejam compatíveis com os conceitos pré-estabelecidos de informações eletrônicas de pertinência clínica. Ela será um órgão de assessoria vinculado à Direção Técnica do HECAD.

O Corpo Médico, por meio da Comissão, será responsável pela emissão de documentação adequada dos eventos médicos, bem como pela condução da revisão retrospectiva para apurar adequação e complementação dos registros dos pacientes.

A CORP atenderá a Resolução CFM nº 1.638/2002, que define Prontuário Médico como um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão será composta por membros designados pela Diretoria Técnica, assim distribuídos por categoria ou setor:

- 2 (dois) representante da Equipe Médica;
- 1 (um) representante do Serviço de Prontuário;
- 1 (um) representante do Serviço de Tecnologia da Informação;
- 2 (dois) representantes da Enfermagem;
- 2 (dois) representantes da Equipe Multiprofissional;
- 1 (um) representante do Serviço de Qualidade;
- 1 (um) representante do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

2.1.13.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão Análise e Revisão de Prontuários

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Revisão de Prontuários – CORP do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD tem por objetivo atender a Resolução CFM nº 1.638/2002, com vistas a:

- I. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;

- II. Analisar o conteúdo dos prontuários, verificando o índice de preenchimento dos itens dos formulários;
- III. Analisar a forma de preenchimento dos formulários;
- IV. Estudar a alteração e atualização dos formulários;
- V. Estimular a colaboração dos diversos profissionais da equipe de saúde para melhorar a qualidade dos prontuários;
- VI. Verificar o padrão de registros de atendimentos realizados;
- VII. Sugerir medidas para a melhoria do padrão;
- VIII. Colaborar com a Direção do HECAD e do Corpo Médico no fornecimento de informações quanto aos dados registrados.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à CORP do HECAD:

I. Avaliar os itens que deverão constar, obrigatoriamente, no prontuário do paciente, tais como:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado, alta médica e outros documentos pertinentes ao atendimento;
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente (em casos de documentos gerados em meio físico), bem como assinatura e carimbo e/ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe. Considerar todos esses quesitos, caso seja utilizado o prontuário eletrônico.
- c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica, consignando data e hora;
- d) Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários do HECAD.

II.Recomendar inclusão e exclusão de formulários físicos e eletrônicos, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários, visando a qualidade deles;

III.Assessorar a Diretoria Técnica do HECAD em assuntos de sua competência;

IV.Manter interação com as Comissões de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem e Segurança do Paciente, com os quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas, sempre que necessário;

V.Definir, anualmente, um plano de melhorias e suas estratégias, buscando a qualidade com a atuação de educação permanente;

VI.Emitir relatórios bimestrais das atividades realizadas pela Comissão.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 3º A CORP será constituída pelos seguintes profissionais:

I. 2 (dois) representantes da Equipe Médica;

II. 1 (um) representante do Serviço de Prontuário;

III. 1 (um) representante do Serviço de Tecnologia da Informação;

IV. 2 (dois) representantes da Enfermagem;

V. 2 (dois) representantes da Equipe Multiprofissional;

VI. 1 (um) representante do Serviço de Qualidade;

VII. 1 (um) representante do Núcleo Interno de Regulação - NIR.

Parágrafo único – Para a realização dos trabalhos da CORP, os membros deverão ser cedidos de suas atividades pela Diretoria Técnica do HECAD, por tempo a ser definido em comum acordo com as demais Diretorias.

Art. 4º Compete ao Presidente da CORP do HECAD:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto à Diretoria Técnica do HECAD, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos CORP previamente aprovados pelos membros desta;

IV. Fazer cumprir o regimento da CORP.

Parágrafo único – Nas decisões da Comissão, o Presidente, além do seu voto, terá o “voto de minerva”. Nas faltas e impedimentos legais do Presidente, assumirá seu Vice-Presidente.

Art. 5º Compete ao Vice-Presidente da CORP do HECAD assumir as atividades do Presidente na sua ausência.

Art. 6º Compete ao Secretário da CORP do HECAD:

I. Organizar o cronograma das reuniões;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da CORP para as reuniões determinadas pelo Presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da Comissão;

VI. Realizar outras funções determinadas pelo Presidente, relacionadas ao serviço desta secretaria;

VII. Compilar planilha e dados para indicadores de qualidade da CORP;

VIII. Alimentar indicadores de qualidade da CORP;

IX. Criar e executar planos de ação de melhorias, em conjunto com os demais membros da CORP.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 7º As reuniões ordinárias acontecerão mensalmente e as extraordinárias ocorrerão conforme a necessidade, podendo ser convocadas pelo Presidente ou Vice-Presidente.

§ 1º – A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativas ou, ainda, 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativas, durante 12 meses, gerará sua exclusão automática da CORP.

§ 2º – Na ausência do Presidente, o Vice-Presidente assume suas funções e, na ausência do Vice-Presidente, cabe ao Secretário presidir a reunião.

§ 3º – O *quórum* mínimo para realização de reuniões será de 50% dos membros mais um.

Art. 8º As decisões da CORP serão tomadas após aprovação, por meio de votação por maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado e um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

§ 1º – As reuniões da CORP deverão ser registradas em ata e arquivadas, contendo data, nome e assinatura dos membros presentes, resumo dos assuntos tratados, decisões tomadas e ações a serem executadas.

§ 2º – Os assuntos tratados pela CORP deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 10º O Presidente da Comissão será nomeado pela Diretoria Técnica do HECAD, sendo médico, obrigatoriamente. O Vice-Presidente e o Secretário serão nomeados pelo Presidente da Comissão.

§ 1º O mandato será de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da Direção Técnica, em comum acordo com as demais Diretorias.

§ 2º A relação dos Membros de cada mandato deverá ser publicada por meio de Ato Administrativo expedido pela Direção Técnica do HECAD, que será encaminhado à Secretaria da Comissão, bem como a substituição/exclusão de qualquer membro, a qualquer momento.

§ 3º No caso de substituição de um ou mais membros, caberá a Direção Técnica do HECAD, em comum acordo com as demais Diretorias, realizar novas nomeações por Atos Administrativos.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da CORP, em conjunto com a Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 12º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.13.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

Tabela 32 - Cronograma de Atividade Anual da CORP.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.14. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

2.1.14.1. Proposta de Constituição da Comissão de Verificação de Óbitos

Membros e Finalidade

Esta Comissão terá o propósito de garantir, nas atividades diárias do HECAD, inúmeras ações que poderão ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho ajudando, assim, a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

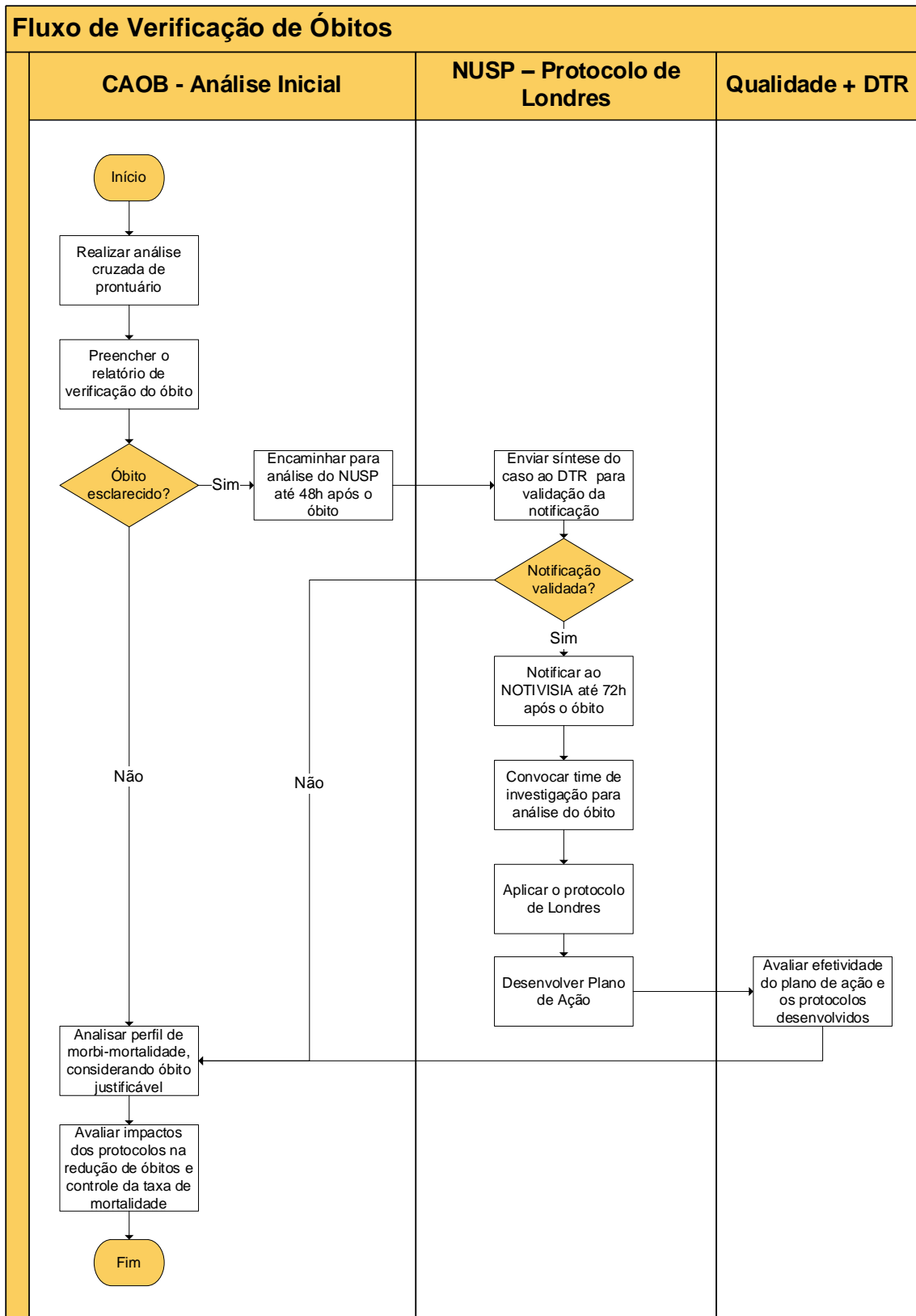
O resultado da mortalidade hospitalar sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurado, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, acidentes transfusionais, iatrogenias, entre outros.

A Comissão de Verificação de Óbitos - CVO deverá ser composta por, no mínimo, 3 (três) membros, podendo ser médico, enfermeiro e/ou outros profissionais da área da saúde, sendo o Coordenador da Comissão um médico, obrigatoriamente. Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, poderá haver, no máximo, 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

A Comissão terá a finalidade de analisar todos os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizados, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbito. Também caberá a ela elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito, normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos, avaliando a compatibilidade entre as causas de óbito relacionados na declaração e os dados constantes do prontuário.

A análise e verificação de óbitos será realizada de acordo com o fluxo apresentado na figura a seguir:

Figura 88 - Fluxo de Análise e Verificação de Óbitos.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

A atuação da Comissão permitirá melhor conhecimento dos aspectos técnicos assistenciais e a rotina operacional existente, o que é de grande relevância, pois contribuirá para o aprimoramento da assistência hospitalar prestada.

2.1.14.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Análise de Óbitos

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS

CAPÍTULO I

DO NOME

Comissão de Verificação de Óbitos - CVO

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

I - Geral

Art. 1º Este Regimento tem como objetivo geral nortear as ações da CVO e fazer cumprir com a Resolução CFM nº 2.171/2017, que regulamenta e normatiza as Comissões de Verificação de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e unidades de Pronto Atendimento.

II - Específicos

Art. 2º Objetiva a avaliação de todos os óbitos ocorridos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Parágrafo único - O médico membro da CVO, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve limitar-se a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados, evitando emitir juízo de valor em relação a imperícia, imprudência ou negligência.

Art. 3º Visa detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso da internação, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria Comissão.

Art. 4º Busca avaliar a adequação da história clínica de admissão, evolução, investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e a terapêutica indicada.

CAPÍTULO III

DO MANDATO

Art. 5º A duração do mandato da CVO será de, no máximo, 30 meses, com os Membros somente podendo ser substituídos neste período, a pedido.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º As reuniões extraordinárias acontecerão com periodicidade mensal, bem como o registro de indicadores e as informações pertinentes a essa Comissão.

Art. 7º Previamente às reuniões, a pauta deverá ser encaminhada junto a convocação através de comunicação eletrônica institucional. A cada reunião realizada, uma ata simples será lavrada, subscrita pelo secretário da CVO em meio eletrônico com as pendências, plano de ação e operacionalização dos resultados.

Art. 8º A CVO emitirá, anualmente, relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser compartilhado com a Diretoria Técnica para as providências necessárias.

Art. 9º A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou, ainda, 6 (seis) reuniões não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses, gerará sua exclusão automática da Comissão.

Art. 10º As decisões da Comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta por maioria simples dos membros presentes, com “voto de minerva” do primeiro integrante a chegar na reunião.

Art. 11º Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os Membros.

CAPÍTULO V

DA METODOLOGIA

Art. 12º A análise dos óbitos no HECAD será realizada com a utilização de instrumento específico de coleta de dados, com fluxo e variáveis padronizadas. Os óbitos analisados pela CVO que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas, deverão ser encaminhados à Diretoria

Técnica da Unidade para análise, e esta, se necessário, encaminhará os casos para o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução CFM nº 2.152/2016.

Art. 13º A verificação de óbito ocorrerá por investigação cruzada entre os setores de internação e Unidade de Terapia Intensiva - UTI e será realizada, principalmente, por um profissional médico que componha a CVO, em até 48 horas após o óbito. A revisão será feita por meio do preenchimento de instrumento específico para esse fim e por meio da revisão dos documentos do prontuário do paciente. Outro Membro da Comissão poderá apoiar o profissional médico na revisão.

Art. 14º Os membros desta Comissão estão obrigados a manter a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

CAPÍTULO VI

DAS FONTES DE INFORMAÇÃO

Art. 15º Serão utilizadas como fontes de informação para subsidiar as discussões e tomadas de decisão desta Comissão:

- a) Autorização de Internação Hospitalar - AIH;
- b) Relatório de alta;
- c) Declaração de óbito;
- d) Relatório cirúrgico;
- e) Anotações médicas;
- f) Anotações de enfermagem;
- g) Anotações multiprofissionais.

CAPÍTULO VII

DAS VARIÁVEIS ANALISADAS

Art. 16º Serão analisadas as seguintes variáveis autoexplicativas:

- a) Idade;
- b) Sexo;

- c) Data da internação;
- d) Dia, data e hora do óbito;
- e) Diagnóstico de admissão;
- f) Diagnóstico final e causa mortis;
- g) Óbito antes do início do tratamento;
- h) Óbito antes de 48 horas de internação;
- i) Óbito no ato cirúrgico ou anestésico;
- j) Óbito no pós-operatório imediato;
- k) Acidentes ou falhas operacionais;
- l) Confirmação do diagnóstico: clínico (baseado na evolução clínica e resposta terapêutica), clínico-laboratorial (confirmação diagnóstica baseada em resultados de exames de patologia clínica ou de imagens), cirúrgico (expresso no relatório cirúrgico) ou anatomopatológico (resultado de necropsia ou de exame anatomopatológico). Quando não houver enquadramento em nenhum desses critérios, será classificado como não confirmado;
- m) Anamnese adequada, incluindo história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar e história social colhida até 24 horas após a admissão, com dados completos de identificação;
- n) Exame físico adequado, com registro de avaliação de todos os segmentos e sistemas;
- o) Evolução adequada, com evolução médica e de enfermagem diária, constando hora e data, assinada e carimbada;
- p) Exames complementares adequados, compatíveis com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- q) Terapêutica adequada, compatível com o diagnóstico inicial ou o diagnóstico principal;
- r) Óbito desassistido, quando este ocorrer sem a presença de um profissional da equipe de saúde envolvida na assistência ao paciente;

- s) Infecção hospitalar, sendo considerada qualquer infecção surgida após 72 horas da internação do paciente, podendo manifestar-se durante a internação ou após a alta, ou surgida antes de 72 horas após realização de procedimento invasivo diagnóstico ou terapêutico associável ao processo infeccioso;
- t) Dia mais frequente;
- u) Horário de predomínio.

Art. 17º O não enquadramento da anamnese, exame físico, evolução, exames complementares e terapêuticas nos critérios especificados classifica a variável como inadequada ou inexistente, de acordo com critérios definidos.

CAPÍTULO VIII

DOS SETORES E ESPECIALIDADES

Art. 18º A Comissão considerará todos os setores e especialidades existentes na Unidade a fim de proceder os trabalhos de avaliação dos óbitos, dentre os quais destacam-se:

- a) Emergência;
- b) Clínica Médica;
- c) Clínica Cirúrgica;
- d) Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (1 e 2);
- e) Centro Cirúrgico.

CAPÍTULO IX

DAS FALHAS OPERACIONAIS

Art. 19º A Comissão considerará as seguintes falhas operacionais:

- I. Não realização de exame solicitado;
- II. Não realização de procedimento solicitado;
- III. Falta de material médico-hospitalar;
- IV. Falta de hemoderivados;
- V. Falta de medicação prescrita;
- VI. Erro na administração de medicação prescrita;

- VII.Falha em equipamento médico-hospitalar;
- VIII.Não conformidade no resultado de exames;
- IX.Falta de preenchimento de impressos de rotina;
- X.Letra ilegível;
- XI.Falta de assinatura e registro de conselho;
- XII.Falta de vaga em setor crítico;
- XIII.Retorno para setor crítico;
- XIV.Queda do leito;
- XV.Formação de lesão por pressão;
- XVI.Perda de acesso venoso central;
- XVII.Perda de tubo orotraqueal ou traqueostomia;
- XVIII.Perda de sondas (nasogástrica, nasoenteral, vesical);
- XIX.Obstrução de vias aéreas por secreção;
- XX.Extravio de material para exames.

CAPÍTULO X

DAS ATRIBUIÇÕES DA CVO

Art. 20º São atribuições da CVO do HECAD:

- I.Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados;
- II.Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- III.Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- IV.Normatizar e fiscalizar o adequado registro das Declarações de Óbito;
- V.Convocar o médico que atestou o óbito, caso as informações sejam conflitantes;
- VI.Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

VII.Zelar pelo sigilo ético das informações;

VIII.Emitir parecer técnico ou relatório, quando solicitado;

IX.Assessorar a Diretoria Técnica da Unidade em assuntos de sua competência.

CAPÍTULO XI

DO ARQUIVAMENTO DE DADOS

Art. 21º Todos os impressos preenchidos e/ou informações virtuais serão arquivadas no Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 22º É vedada a utilização do termo “morte evitável” para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente. Estes casos devem ser classificados como “óbito a esclarecer”.

Art. 23º Os casos omissos neste regimento, serão resolvidos pelos membros da CVO, em conjunto com a Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 24º Este Regimento Interno poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Art. 25º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, após aprovação e validação da Diretoria Geral da Unidade, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

2.1.14.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Verificação de Óbitos

Tabela 33 – Cronograma de Atividade Anual da CVO.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno	■											
2. Reunião de planejamento anual	■											
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Análise do percentual de óbitos na Unidade	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Treinamento médico: Correto preenchimento da Declaração de Óbito							■					■
6. Treinamento médico: Código Garbage, como evitar e revisar a Declaração de Óbito				■							■	
7. Verificação do adequado registro e preenchimento da Declaração de Óbito	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Coleta de dados para indicadores gerais da Unidade	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Apresentação de relatórios para a Direção Geral						■						■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.15. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

2.1.15.1 Proposta de Constituição da Comissão de Residência Médica

A Residência Médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada à médicos, sob a forma de curso de especialização. Ela foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.

A legislação prevê uma carga horária de, no máximo, 60 horas semanais, incluindo 24 horas de plantão, descanso obrigatório de 6 horas após plantão

noturno de 12 horas e, ao menos, 1 (um) dia de folga semanal e 30 consecutivos de repouso por ano de atividade.

Os Programas são caracterizados por treinamento em serviço, funcionando em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Eles são geridos pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM do Ministério da Educação – MEC, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica – COREME das instituições de saúde que oferecem programas e dá outras providências.

Além disso, os Programas de Residência Médica também são regidos pela Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás – CEREM/GOIÁS, que é um órgão subordinado à CNRM, com poder de decisão com relação aos assuntos de Residência Médica do Estado.

A COREME e a Supervisão de Ensino e Pesquisa do HECAD – SUENPES/HECAD contarão com a assessoria do Centro de Ensino e Desenvolvimento da Agir – CED/AGIR para o desenvolvimento de ações de melhoria contínua dos Programas de Residência Médica oferecidos no Hospital, tais como capacitação de preceptores e interação da coordenação da COREME local com as coordenações das COREME das demais unidades geridas pela Agir, proporcionando uma rica troca de experiências e desenvolvimento de soluções coletivas para o fortalecimento dos programas.

Vale ressaltar que a Agir possui experiência com o desenvolvimento de estágios curriculares e execução de treinamentos no formato de Programas de Residência Médica nas unidades hospitalares em que realiza a gestão, enquanto parceira da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO. Sendo assim, a OSS possui processos de trabalho maduros e organizados tanto para a implantação quanto para a gestão dessas atividades no HECAD.

Membros e Finalidade

De acordo com a legislação que regulamenta a Residência Médica no Brasil, a oferta de Programas de Residência Médica requer a instituição de uma Comissão de Residência Médica – COREME na unidade hospitalar.

Desta forma, no HECAD, esta Comissão terá o propósito de dar o suporte necessário para o pleno funcionamento dos Programas de Residência Médica vinculados ao Hospital Estadual Materno Infantil – HMI, em que 70% da carga horária é cumprida pelos residentes no HECAD.

Considerando o perfil, o número de leitos e especialidades existentes no HECAD, pode-se afirmar que a Unidade apresenta potencial capacidade para implantação de Programas de Residência próprios da instituição, sendo a COREME responsável por empenhar-se no efetivo desenvolvimento desses programas, em alinhamento com o que for acordado com a Superintendência da Escola de Saúde de Goiás – SESG.

A COREME possuirá um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os Preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um Secretário, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

Também farão parte desta Comissão, um representante do Corpo Docente e um representante dos Médicos Residentes por Programa de Residência Médica credenciado junto à CNRM, além de um representante da Unidade.

2.1.15.2 Proposta de Regimento Interno da Comissão de Residência Médica

CAPÍTULO I

DO NOME

Comissão de Residência Médica - COREME

CAPÍTULO II

DA DEFINIÇÃO

Art. 1º Por Programa de Residência Médica entende-se uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada aos médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional de acordo com a Lei nº 6.932 de 07 de julho 1981 e as Normas e Resoluções emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM.

Parágrafo único - Os Cursos de Especialização sob a forma de Residência Médica tem como características obrigatórias o treinamento em serviço em regime de dedicação prioritária.

Art. 2º Os Programas de Residência Médica têm como objetivos fundamentais e indivisíveis o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional, ético e científico do médico, a melhoria da assistência médica à comunidade nas áreas profissionalizantes, sendo necessário para tal, que o médico residente cumpra integralmente as atividades práticas e teóricas estabelecidas.

CAPÍTULO III

DO OBJETIVO

Art. 3º Regular as atividades da Comissão de Residência Médica - COREME, bem como estabelecer as diretrizes para atuação dos médicos residentes em atividade no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A COREME do HECAD será composta por:

I. Um Coordenador

II. Um Vice Coordenador;

III. Um supervisor por Programa de Residência Médica credenciado junto à CNRM;

IV. Um representante dos Médicos Residentes por Programa de Residência Médica;

V. Um representante do HECAD;

VI. Um Secretário.

§ 1º O Coordenador e o Vice Coordenador da COREME serão devidamente eleitos pelo conjunto de Supervisores dos Programas de Residência Médica da Unidade, por sufrágio secreto, com mandato de 2 (dois) anos, podendo haver uma única recondução consecutiva.

§ 2º Os grupos referidos nos incisos III, IV e V indicarão suplentes, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

§ 3º O cargo de Supervisor será ocupado por médico que tenha cursado Residência Médica credenciada pelo MEC na área do Programa ou que tenha título de Especialista registrado no Conselho Regional de Medicina de Goiás – CRM/GO, o qual deverá ser escolhido entre os médicos Preceptores com vínculo com a Instituição, com a anuência da Superintendência Executiva da Agir, com um mandato de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzido, indefinidamente.

§ 4º O representante do HECAD deverá, necessariamente, ser um médico integrante de sua Diretoria.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º É competência da COREME do HECAD:

I. Deliberar sobre a coordenação dos Programas de Residência Médica no HECAD, zelando pela manutenção do padrão dos Programas;

II. Deliberar sobre a revisão, inclusão ou exclusão de especialidades nos Programas de Residência Médica do HECAD, em consonância com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO;

III. Manter os entendimentos e as conformidades com a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e com a Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás – CEREM/GO;

IV. Envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos Programas de Residência;

V. Organizar, coordenar e supervisionar a seleção de candidatos aos Programas de Residência Médica do HECAD;

VI. Estimular intercâmbio com outros centros de Residência Médica;

VII. Julgar as faltas disciplinares dos Médicos Residentes;

VIII. Fazer cumprir, fiscalizar e executar as normas estabelecidas neste Regimento Interno.

Art. 6º É competência do Coordenador da COREME do HECAD:

- I.Convocar os Membros da COREME e fixar as datas de suas reuniões;
- II.Coordenar as reuniões da Comissão;
- III.Encaminhar à Diretoria Geral do HECAD as decisões da COREME;
- IV.Executar as deliberações da COREME;
- V.Participar do grupo de trabalho para elaboração dos editais para os processos seletivos dos Programas de Residência Médica da SES/GO;
- VI.Supervisionar e fazer cumprir as atividades e o desenvolvimento de competências dos Médicos Residentes dos Programas de Residência Médica da Unidade;
- VII.Dar conhecimento à COREME das faltas eventuais dos Preceptores;
- VIII.Tomar providências para expedição de certificados de Residência Médica;
- IX.Fazer cumprir o presente Regimento Interno.

Art. 7º É competência do Vice Coordenador da COREME do HECAD:

- I.Substituir o Coordenador nas suas faltas e impedimentos;
- II.Auxiliar o coordenador no exercício de suas atividades.

Art. 8º É competência do Supervisor de Programa de Residência da COREME do HECAD:

- I.Elaborar a programação a ser cumprida pelo Médico Residente;
- II.Homologar os relatórios elaborados pelos Preceptores dos Programas de Residência Médica;
- III.Supervisionar os Preceptores, assegurando o total cumprimento da programação;
- IV.Encaminhar à COREME, em tempo hábil, escalas de trabalho, férias, casos de desistência, licenças, afastamentos, faltas e transgressões disciplinares de Médicos Residentes do Programa de Residência sob sua responsabilidade; Encaminhar, trimestralmente, as notas/avaliação dos Médicos Residentes do Programa de Residência sob sua responsabilidade;
- V.Representar o Programa de Residência Médica a ele subordinado nas Reuniões Plenárias da COREME do HECAD e na SESG.

Art. 9° Compete aos Preceptores dos Programas de Residência Médica da COREME do HECAD:

- I.Organizar as atividades didáticas dos Médicos Residentes;
- II.Promover reuniões científicas e atividades de treinamento prático;
- III.Estimular, planejar o assegurar a execução de trabalhos de pesquisa; Acompanhar as atividades de cada residente, no que diz respeito ao aprimoramento de sua capacidade técnica e conduta ética;
- IV.Manter informado o Supervisor do Programa de Residência Médica das atividades desenvolvidas pelos Médicos Residentes de sua área;
- V.Envia à COREME relatório homologado pelo Supervisor, ao final de cada estágio em Serviço, Disciplina ou Departamento, relativo às atividades e ao aproveitamento dos Médicos Residentes.

Art. 10° Compete aos representantes dos Médicos Residentes dos Programa de Residência Médica do HECAD:

- I.Participar e representar os médicos residentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME;
- II.Solicitar ao Coordenador a inclusão de assuntos de interesse dos Médicos Residentes na pauta de reuniões da COREME;
- III.Defender os interesses dos Médicos Residentes junto à COREME;
- IV.Colaborar com os Preceptores na manutenção da disciplina e no cumprimento do presente Regimento Interno pelos Médicos Residentes;
- V - Realizar outras atividades compatíveis com a respectiva função.

Art. 11° Compete ao representante do HECAD:

- I.Representar a Instituição nas reuniões da COREME da Unidade;
- II.Auxiliar a COREME na condução dos Programas de Residência Médica;
- III.Mediar a relação entre a COREME e a Instituição.

Art. 12° Compete ao Secretário da COREME do HECAD:

- I.Dirigir os serviços da Secretaria da COREME do HECAD;

- II.Executar as atividades administrativas rotineiras e próprias da Secretaria;
- III.Assistir as reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME, lavrando as atas;
- IV.Submeter ao Coordenador da COREME os assuntos em pauta;
- V.Guardar e zelar os arquivos da COREME.
- VI.Informar ao Coordenador da COREME, a situação dos Programas de Residência Médica junto à CNRM;
- VII.Encaminhar os documentos de credenciamento, recredenciamento e aumento de vagas aos órgãos competentes;
- VIII.Cumprir o que for determinado pelo Coordenador da COREME.

CAPÍTULO VI

DAS DELIBERAÇÕES E FUNCIONAMENTO

Art. 13° A COREME reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês, podendo-se reunir extraordinariamente, quando convocada pelo Coordenador ou por seus Membros.

§1º A convocação, salvo em casos de extrema urgência, será feita por escrito, com, no mínimo, 48 horas de antecedência, constando a pauta da reunião.

§ 2º A COREME se reunirá e tomará deliberações numa primeira convocação com a maioria absoluta de seus Membros (50% mais 1); não havendo *quórum* se reunirá numa segunda convocação com qualquer número de seus Membros.

§ 3º Quando a convocação for para deliberar sobre Edital de Concurso, mudança de Regimento Interno e aplicação de penalidades, a Reunião Plenária terá que ter a maioria de seus Membros.

§ 3º As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivadas, contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

§ 4º Outras pessoas poderão ser convidadas a participar das reuniões da COREME, tendo direito a voz, mas não a voto.

§ 5º Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 14° Cada especialidade incluída nos Programas de Residência Médica do HECAD contará com um Supervisor, um Preceptor Chefe e Médicos Preceptores que serão responsáveis pela execução dos Programas, em conformidade com as Resoluções da CNRM vigentes.

Art. 15° Cada especialidade incluída no Programa de Residência Médica enviará à COREME, anualmente, até o final do mês de fevereiro, um plano das atividades a ser desenvolvido.

Parágrafo único – A programação das atividades da Residência Médica, uma vez aprovada, só poderá ser modificada após consulta à COREME.

Art. 16° Com o objetivo de complementar o treinamento do residente, o HECAD poderá firmar convênio com outras instituições públicas ou privadas, desde que não acarrete custos financeiros ao Hospital.

Parágrafo único – O reconhecimento da Instituição para efeito de convênio será feito pela Agir, baseado em relatório de inspeção prévia, realizado por essa Comissão.

CAPÍTULO VII

DO ACESSO E FREQUÊNCIA DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 17° Poderão ingressar nos Programas de Residência Médica os médicos formados por Instituições oficiais ou reconhecidas pelo Conselho Federal de Educação - MEC, ou em Instituições estrangeiras, desde que o diploma esteja devidamente revalidado.

Art. 18° As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas, exclusivamente, por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico conduzido pela SES/GO ou por parceiro conveniado a ela, com acompanhamento pela SESG.

Art. 19° O candidato à Residência deverá apresentar a documentação exigida pelo edital de seleção para o Programa de Residência Médica.

Art. 20° A duração mínima do Programa de Residência Médica é de 2 (dois) anos, e a duração máxima será estabelecida pela COREME, obedecendo às normas da CNRM.

Art. 21º O regime de trabalho do Médico Residente será de 60 horas semanais, estando incluído plantão semanal de, no máximo, 24 horas, sendo assegurado 1 (um) dia de folga semanal e 30 dias consecutivos de repouso, por ano de atividade.

§ 1º A carga horária será controlada por meio de registro da frequência digital, devendo ser justificada quaisquer intercorrências, tais como falta, esquecimento de registro, participação em congresso, atividade externa, dentre outros.

§ 2º Em caso de atestados médicos, estes deverão ser protocolados na Supervisão de Ensino e Pesquisa do HECAD – SUENPES/HECAD até 2 (dois) dias úteis após a data inicial do atestado, atentando-se a:

I. Nos casos em que o atestado médico for superior a 15 dias consecutivos, o Médico Residente deverá procurar a Previdência Social para requerer o benefício de auxílio-doença;

II. O atestado médico justificará a falta e não a abonará;

III. O tempo de Residência Médica será prorrogado por prazo equivalente à duração do afastamento do Médico Residente por motivo de saúde.

§ 3º O Médico Residente poderá ser dispensado formalmente pelo Supervisor do programa para participar de até 2 (dois) eventos científicos por ano. Neste caso, o Médico Residente deverá justificar a falta no seu registro de frequência e entregar uma cópia impressa do certificado de participação à SUENPES/HECAD.

§ 4º O Médico Residente que for chamado em convocação posterior à primeira chamada do processo seletivo deverá cumprir a carga horária em débito, no final do seu programa. Exceção será feita quando ele já tiver cumprido carga horária com programação equivalente na mesma especialidade, em outra instituição reconhecida pelo MEC.

§ 5º O não comparecimento do Médico Residente às suas atividades regulares durante 5 (cinco) dias consecutivos, sem justificativa formal, será considerado como abandono, cuja punição é a exclusão do Programa de Residência.

Art. 22º O Médico Residente convocado para servir as Forças Armadas Brasileiras matriculado no primeiro ano de Programa de Residência Médica

poderá requerer a reserva da vaga pelo período de 1 (um) ano, mediante pedido oficial de trancamento e sua aceitação pela COREME da Unidade.

CAPÍTULO VIII

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 23º São direitos dos Médicos Residentes do HECAD:

- I. Remuneração, por meio de bolsa de estudos, no valor determinado por Lei;
- II. Férias anuais de 30 dias;
- III. Representação junto à COREME do HECAD;
- IV. Condições mínimas de aprendizagem, disponibilizando a estrutura necessária para tal;
- V. Acompanhamento e orientação de um médico do Corpo Clínico do HECAD em todas as atividades do Programa de Residência;
- VI. Alimentação quando em atividade na Instituição.
- VII. Afastamento sem prejuízo da reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:
 - a) Para efeito de licença para casamento, serão concedidos 5 (cinco) dias corridos para o Médico Residente, a partir da data do casamento civil;
 - b) Óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela serão concedidos 5 (cinco) dias consecutivos, a contar da data do ocorrido.

Art. 24º São deveres dos Médicos Residentes do HECAD:

- I. Cumprir integralmente a jornada de trabalho semanal;
- II. Comparecer na hora determinada e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde for designado;
- III. Andar corretamente uniformizado e portando crachá;
- IV. Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Serviço, Disciplina e Departamento em que for atuar;

V. Preencher corretamente o prontuário do paciente e realizar as assinaturas digitais no prontuário eletrônico;

VI. Usar carimbo com a designação “Médico Residente” e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás - CRM/GO;

VII. Cooperar, quando solicitado, na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas pela Unidade;

VIII. Orientar e fiscalizar o trabalho dos internos e de estudantes de medicina que desenvolverem atividades junto aos pacientes sob sua responsabilidade;

IX. Submeter-se às avaliações, conforme o presente Regimento Interno;

X. Relacionar-se de forma respeitosa com as pessoas e respeitar a hierarquia.

CAPÍTULO IX

DO SISTEMA DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES

Art. 25º A avaliação dos Médicos Residentes será feita por meio de nota de conceito, emitida trimestralmente, e de prova escrita e/ou prática, com aplicação semestral.

Parágrafo único – As notas serão obtidas por média aritmética da nota escrita e/ou prática e da nota de conceito, sendo que ambas terão pesos iguais, ao final de cada estágio.

Art. 26º Na nota de conceito serão utilizados os seguintes parâmetros:

- a) Conduta ética;
- b) Relacionamento com a equipe de saúde e pacientes
- c) Interesse;
- d) Frequência às atividades programadas.

Art. 27º A aprovação para o segundo ano (e subsequentes, se houver) ficará condicionada ao cumprimento da carga horária integral prevista no período do Programa de Residência e obtenção da média final mínima de 7 (sete), também no período;

Art. 28º A obtenção do Certificado de Conclusão de Residência ficará condicionada ao cumprimento da carga horária integral prevista no Programa de

Residência, à obtenção da média final mínima de 7 (sete) a à aprovação do Trabalho Científico de Conclusão da Residência, cujo tema deverá ser escolhido em comum acordo entre o Residente e o Preceptor Chefe.

Parágrafo único – Os Médicos Residentes com aproveitamento insatisfatório em determinado estágio, deverão realizá-lo novamente até obter conceito satisfatório e aprovação, respeitando-se o prazo limite de conclusão da Residência estipulado pela COREME do HECAD.

CAPÍTULO X

DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 29º Poderão ser aplicadas as seguintes sanções disciplinares aos Médicos Residentes, após terem sido apresentadas, discutidas e aprovadas na COREME do HECAD:

I. Advertência verbal;

II. Advertência Escrita;

III. Suspensão;

IV. Exclusão.

§ 1º Advertências serão aplicadas em casos de insubordinação ao Coordenador, aos Supervisores e Preceptores e por qualquer forma de desrespeito às Resoluções e Portarias que regulamentam os Programas de Residência Médica ou que regem a própria Unidade.

§ 2º Suspensão de até 15 dias será aplicada nos casos de reincidência das infrações previstas no parágrafo primeiro deste artigo e improbidade na execução dos trabalhos acadêmicos.

§ 3º A Exclusão acontecerá nos casos graves contra o patrimônio moral, científico, cultural e material da Instituição, por infração ética, bem como por abandono de função.

§ 4º A aplicação das sanções será realizada pelo Supervisor do Programa de Residência Médica ao qual o Médico Residente está vinculado, considerando-se as circunstâncias atenuantes e/ou agravantes do caso em questão.

§ 5º As penas de suspensão e exclusão serão decididas em Reuniões Plenárias específicas para essa finalidade.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30º Os casos omissos a este Regimento Interno serão resolvidos pela Comissão, em conjunto com a Diretoria Geral da Unidade.

Art. 31º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

2.1.15.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Residência Médica

Tabela 34 - Cronograma de Atividade Anual da COREME.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Aprovação do Regimento Interno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Reuniões ordinárias mensais da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Apresentação de relatórios para Direção Geral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.16. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO

2.1.16.1. Proposta de Constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho

Membros e Finalidade

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT terá por finalidade atuar de forma preventiva para se ter uma assistência adequada na área de segurança e saúde dos colaboradores no HECAD.

Para tanto, propõe-se desenvolver ações e programas voltados para a prevenção de acidentes ou doenças ocupacionais. Todos os processos e procedimentos serão realizados em conformidade com as disposições das Normas Regulamentadoras e Legislações Vigentes do Ministério da Economia e Secretaria do Trabalho.

O SESMT será orientado pela Norma Regulamentadora nº 4, sendo composto pelas funções de Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico em Segurança do Trabalho, Técnico em Enfermagem do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Médico do Trabalho. A quantidade de profissionais será definida levando-se em consideração o grau de risco da Unidade e a quantidade de colaboradores que nela atuam.

Os integrantes do SESMT serão colaboradores celetistas da Instituição, os quais deverão possuir as qualificações técnicas necessárias para o exercício da função.

2.1.16.2. Proposta de Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT desempenhará suas atribuições adotando procedimentos com a finalidade de garantir a qualidade e desempenho em matéria de segurança e saúde dos colaboradores, preservando sua integridade física e psíquica. A metodologia de atuação será pautada por rotina de adequação, além de identificação e controle dos riscos ocupacionais, com o intuito de eliminar e/ou reduzir incidentes, adoecimentos e acidentes de trabalho no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 2º O SESMT exercerá suas funções sobre todos os colaboradores do HECAD, incluindo aqueles que não possuem vínculo celetista, tais como os estagiários, residentes, dentre outros.

CAPÍTULO II DA ESTRUTURA

Art. 4º A estrutura do SESMT do HECAD compreenderá:

I. Engenheiro de Segurança do Trabalho;

II. Técnico em Segurança do Trabalho;

III. Técnico em Enfermagem do Trabalho;

IV. Enfermeiro do Trabalho;

V. Médico do Trabalho.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º O SESMT do HECAD será composto, inicialmente, por 7 (sete) componentes, que participarão das atividades de promoção, segurança e saúde dos colaboradores.

§ 1º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, conforme a quantidade de colaboradores da Instituição e o Quadro II da Norma Regulamentadora nº 4.

Art. 6º Durante a gestão, os membros do SESMT irão atuar com base nas Normas Regulamentadoras e Legislações Trabalhistas Vigentes.

Art. 7º Não poderão integrar o SESMT do HECAD profissionais sem registros ativos ou que não estejam em dia com as obrigações requeridas pelos órgãos de registro de suas profissões.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 9º Compete ao SESMT do HECAD:

- a) Supervisionar, orientar e fiscalizar os setores da Unidade para verificar as condições ambientais do ambiente de trabalho;
- b) Fazer inspeções diárias nos ambientes, a fim de identificar as irregularidades e promover sua adequação;
- c) Orientar os colaboradores da Instituição, por meio de diálogos de segurança, campanhas e treinamentos;
- d) Instruir sobre o uso e guarda correta dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI e fazer a troca dos mesmos, sempre que necessário;
- e) Desenvolver atividades educativas, por meio de campanhas, divulgações e orientações sobre temas relativos à Segurança e Medicina do Trabalho, mantendo diálogo regular com a Diretoria, Coordenações, Departamentos e Serviços do HECAD;
- f) Atuar preventivamente, conscientizando os colaboradores do HECAD quanto às normas legais vigentes, por meio de reuniões, treinamentos, diálogos de segurança e outros meios disponíveis;
- g) Divulgar programas preventivistas, tais como o Programa de Gerenciamento de Riscos – PGR e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO, sendo que todos os documentos deverão ser divulgados e apresentados aos colaboradores e estarem disponíveis para órgãos fiscalizadores do Ministério da Economia – Secretaria do Trabalho;
- h) Fazer a investigação nos casos de acidentes de trabalho, emitir o Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT e implantar medidas de controle para evitar a reincidência da situação com outros colaboradores;
- i) Fazer o acompanhamento dos exames periódicos dos colaboradores e solicitar a sua renovação para atender às exigências legais da Norma Regulamentadora nº 7;
- j) Receber os atestados de afastamentos temporários, fazer as tratativas dos casos e passar as orientações para os colaboradores, tais como a data de retorno e a necessidade de passar pela consulta com Médico do Trabalho;
- k) Fazer o acompanhamento dos protocolos da pandemia do SARS-CoV-2 (COVID-19), bem como orientar os colaboradores quanto ao uso de

máscaras, procedimentos de biossegurança no ambiente de trabalho, afastamento dos casos suspeitos e confirmados e o plano de contingência a ser adotado.

Art. 10º Compete ao Engenheiro de Segurança do Trabalho do SESMT do HECAD:

- a) Elaborar o Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT;
- b) Elaborar o Laudo Técnico de Insalubridade e Periculosidade;
- c) Fazer o levantamento de riscos qualitativos e quantitativos e inspeções nos locais de trabalho;
- d) Garantir a implantação da promoção da segurança e saúde no trabalho;
- e) Realizar treinamentos, orientações e qualificação profissional das Normas Regulamentadoras;
- f) Elaborar e fazer o acompanhamento do Programa de Gerenciamento de Risco – PGR;
- g) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 11º Compete ao Técnico em Segurança do Trabalho do SESMT do HECAD:

- a) Fazer levantamento de riscos qualitativos e quantitativos e realizar inspeções nos locais de trabalho;
- b) Auxiliar o Engenheiro de Segurança do Trabalho da Unidade na elaboração do LTCAT e Laudos de Insalubridade e Periculosidade;
- c) Realizar treinamentos, orientações e qualificação profissional das Normas Regulamentadoras;
- d) Fazer o acompanhamento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e Brigada de Incêndio;
- e) Fazer a análise de acidentes e a elaboração do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT;
- f) Fazer a entrega e orientação sobre o uso do Equipamento de Proteção Individual – EPI;

- g) Elaborar e aplicar a ordem de serviço para os novos colaboradores e fazer a sua devida orientação;
- h) Verificar o sistema de combate a incêndio da Unidade, inspecionando suas condições de uso;
- i) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 12º Compete ao Técnico em Enfermagem do Trabalho do HECAD:

- a) Receber os afastamentos temporários dos colaboradores e fazer lançamento no sistema;
- b) Elaborar o ASO conforme o tipo de exame e quais os procedimentos necessários para a realização destes, conforme o PMCSO;
- c) Verificar a caderneta de vacina e orientar aos colaboradores sobre a importância de estar com as vacinas atualizadas;
- d) Manter a segurança dos arquivos, como prontuários dos colaboradores e afastamentos;
- e) Dar suporte à Enfermeira do Trabalho em suas atividades;
- f) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 13º Compete ao Enfermeiro do Trabalho do HECAD:

- a) Receber os colaboradores e fazer a triagem para a realização dos exames ocupacionais;
- b) Estabelecer forma de registro e controle dos processos da Medicina Ocupacional;
- c) Elaborar os fluxos de recebimento de atestados e agendamento de exames ocupacionais;
- d) Elaborar o ASO conforme o tipo de exame e quais os procedimentos necessários para a realização, conforme o PMCSO;
- e) Conferir os prazos dos afastamentos temporários entregues pelos colaboradores;
- f) Fazer o acompanhamento do relatório de exames periódicos e solicitar a renovação, através de meios de comunicação com o gestor e colaborador;

- g) Observar as regras da Unidade para o andamento dos trabalhos da Medicina Ocupacional;
- h) Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais;
- i) Elaborar pedido de exames complementares conforme o PCMSO e orientar o colaborador sobre a realização;
- j) Fazer a impressão dos exames complementares e anexar ao ASO para a liberação do exame ocupacional;
- k) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

Art. 14º Compete ao Médico do Trabalho do HECAD:

- a) Receber os colaboradores para a realização de exames ocupacionais;
- b) Fazer a liberação dos ASO e passar orientações aos colaboradores, quando necessário;
- c) Elaborar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO;
- d) Fazer a homologação dos afastamentos temporários dos colaboradores da Unidade;
- e) Realizar demais atividades correlatas ao cargo.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 15º Os atos do SESMT relativos à Medicina Ocupacional deverão ser sigilosos e de acesso somente aos colaboradores autorizados.

Art. 16º Os atos do SESMT relativos à segurança do trabalho ficarão registrados em atas e os documentos previdenciários e trabalhistas ficarão à disposição dos colaboradores e órgãos fiscalizadores.

Art. 17º O SESMT deverá estar sempre à disposição dos colaboradores para orientação e acompanhamento de ocorrências relacionadas à Medicina e Segurança do Trabalho.

Art. 18º Os treinamentos serão realizados pela equipe do SESMT, conforme o cronograma anual. Os colaboradores que participarem dos treinamentos serão

comunicados para o comparecimento ao treinamento e a presença será monitorada.

Art. 19º Todos os documentos relacionados à Segurança e Medicina Ocupacional do HECAD serão arquivados no SESMT em sistema informatizado para garantia da confiabilidade das informações e viabilidade no rastreamento, quando necessário.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras atualizações das Normas Regulamentadoras e Legislações Trabalhistas do Ministério da Economia – Secretaria de Trabalho, ou quando a Unidade julgar necessário.

2.1.16.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho

Tabela 35 - Cronograma de Atividade Anual do SESMT.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Elaboração dos documentos preventivistas de segurança e medicina do trabalho	1.1. Elaboração do Programa de Gerenciamento de Risco; 1.2. Elaboração do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional; 1.3. Elaboração do Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho; 1.4. Elaboração do Laudo de Insalubridade e Periculosidade.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Capacitação e Treinamentos.	2.1. Treinamentos de Integração NR 1; 2.2. Treinamentos da NR 32; 2.3. Treinamentos da NR 6; 2.4. Treinamentos da NR 7; 2.5. Treinamentos da NR 12; 2.6. Treinamentos da NR 11; 2.7. Treinamentos Específicos dos setores conforme as NR's;	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	3.1. Constituição da CIPA conforme dimensionamento da NR 5; 3.2. Treinamento de capacitação da comissão; 3.3. Posse da CIPA com criação de cronograma anual de reuniões ordinárias.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Comunicação do fluxo de recebimento de atestados no SESMT.	4.1. Comunicação da Diretriz de Suporte com os prazos de entrega dos atestados médicos e odontológicos.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Constituição da Brigada.	5.1. Constituição dos Brigadistas da instituição; 5.2. Treinamento de Qualificação dos Brigadistas; 5.3. Posse da CIPA com criação de cronograma anual de reuniões ordinárias.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Inspeções das áreas.	6.1. Inspeções nas áreas para verificação das condições do ambiente de trabalho.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Relatório Anual do PCMSO	7.1 Elaboração do Relatório Analítico do PCMSO.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
8. Funcionamento da medicina do trabalho.	8.1. Comunicação dos horários de atendimento do médico do trabalho, para realização de exames ocupacionais e homologações de atestados.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
9. Agendamentos de exames ocupacionais.	9.1. Organização e divulgação da agenda médica para a realização de exames ocupacionais.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
10. Campanhas.	10.1. Campanhas de orientação e recomendações de segurança do trabalho e saúde ocupacional.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
11. Envio das informações da área do SESMT à Secretaria Estadual de Saúde.	11.1. Preenchimento e envio do formulário com as informações da segurança e medicina ocupacional, dos celetistas e terceiros.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
12. Acompanhamento de fornecedores externos.	12.1. Acompanhamento dos colaboradores de empresas terceirizadas; 12.2. Solicitação dos documentos preventivistas dos terceiros (PGR, PCMSO, LTCAT e LIP); 12.3. Verificar implantação da CIPA e treinamentos realizados, conforme as recomendações das NR's.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.17. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

2.1.17.1. Proposta de Constituição da Comissão de Residência Multiprofissional

A Residência Multiprofissional é uma especialização *lato sensu* cujo objetivo é a formação de profissionais diversos para atuação na saúde. O curso pode ser feito por biomédicos, farmacêuticos, educadores físicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e nutricionistas, por exemplo.

O aprendizado na Residência é intenso e útil ao aprimoramento de capacidades técnicas e comportamentais. Como resultado de sua formação, o profissional contribui com a qualidade da assistência prestada à população e aumenta suas chances de sucesso no mercado de trabalho.

Os Programas de Residência Multiprofissional são executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES/MS, sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

As Residências Multiprofissionais têm duração mínima de 2 (dois) anos, com carga total de 5.760 horas, em regime de dedicação exclusiva, conforme instituiu Portaria MEC nº 147/2014. Os programas são organizados de forma a possuírem 80% da carga horária pautada em atividades práticas e 20% através de atividades teórico-práticas. Destaca-se que a legislação estipula que as atividades práticas, obrigatoriamente, devem ser feitas sob supervisão do corpo docente assistencial da Unidade de saúde.

Os Programas de Residência Multiprofissional da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO são desenvolvidos pela Superintendência da Escola de Saúde de Goiás – SESG, por meio de uma COREMU central estabelecida pela Instituição de Ensino Superior parceira, que certifica os Programas.

Além disso, a Unidade cede dos Programas deve contar com uma COREMU local que deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico do

Programa de Residência que ali acontece. Desta forma, o HECAD deverá constituir sua COREMU própria.

A COREMU e a Supervisão de Ensino e Pesquisa do HECAD – SUENPES/HECAD contarão com a assessoria do Centro de Ensino e Desenvolvimento da Agir – CED/AGIR para o desenvolvimento de ações de melhoria contínua dos Programas de Residência Multiprofissional oferecidos no Hospital, tais como capacitação de preceptores e interação da coordenação da COREMU local com as coordenações das COREMU das demais unidades geridas pela Agir, proporcionando uma rica troca de experiências e desenvolvimento de soluções coletivas para o fortalecimento dos programas.

Vale ressaltar que a Agir possui experiência com o desenvolvimento de Programas de Residência Médica e Programas de Residência Multiprofissional nas unidades hospitalares em que realiza a gestão, enquanto parceira da SES/GO. Sendo assim, a OSS possui processos de trabalho maduros e organizados tanto para a implantação quanto para a gestão dessas atividades no HECAD.

Membros e Finalidade

Considerando o perfil hospitalar e a formação das equipes multiprofissionais de saúde propostas para o HECAD, pode-se afirmar que a Unidade apresenta potencial capacidade para implantação de um Programa de Residência Multiprofissional.

A Comissão de Residência Multiprofissional do HECAD terá o propósito de empenhar-se na efetiva execução desse programa, em alinhamento com a SESG.

A COREMU local será composta por profissionais de saúde que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor, cujas atribuições obedecerão à Resolução CNRMS nº 02, de 13 de abril de 2012, e alterações posteriores quando existentes. Deverá contar, ainda, com um colaborador técnico/administrativo. Também farão parte desta Comissão, um representante dos residentes, além de um representante da Unidade.

Assim como os demais Programas de Residência Multiprofissional da SES/GO, os Programas da COREMU do HECAD serão geridos pelo Regimento Interno da COREMU central, o qual será apresentado no item a seguir.

2.1.17.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde - PRAPS da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinados às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de 2 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

Art. 2º Todos os PRAPS da SES/GO (nas modalidades multiprofissional ou uniprofissional) se organizam conforme a legislação nacional e as diretrizes do Ministério da Educação - MEC, Ministério da Saúde - MS e Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, propostas em resoluções e outros documentos legais, que regem a Residência em Área Profissional da Saúde.

CAPÍTULO II

DA COREMU

Art. 3º Para distinguir as 3 (três) instâncias que são designadas pelo nome COREMU, neste documento elas passarão a ser denominadas por:

- a) Colegiado da COREMU: comissão composta pelos vários membros representantes dos PRAPS, das instituições executora e formadora, que tem caráter deliberativo;
- b) COREMU Local: estrutura administrativa e executora, específica por programa e unidade assistencial e;
- c) Núcleo de Residências em Área Profissional da Saúde: estrutura administrativa que responde pela coordenação geral de todos os programas

de residência no âmbito da SES/GO, subordinada à Superintendência da Escola de Saúde de Goiás - SESG. É também denominada COREMU/SESG.

Art. 4º A instituição formadora, em parceria com as instituições executoras dos PRAPS da SES/GO constituem e implementam uma única Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES/GO, doravante denominada Colegiado da COREMU.

Art. 5º Conforme o Artigo 3º da Resolução CNRMS/MEC nº 1/2015, a COREMU constituirá um colegiado e contará, necessariamente, entre seus membros, com:

- a) Um Coordenador e um Vice Coordenador, que responderão pela Comissão, escolhidos dentre os membros do corpo docente-assistencial dos PRAPS e da instituição proponente;
- b) Os Coordenadores de todos os PRAPS das instituições proponentes, assim como seus eventuais substitutos;
- c) Representante e suplente de Profissionais de Saúde Residentes de cada PRAPS, escolhidos entre seus pares;
- d) Representante e suplente de Tutores de cada PRAPS, escolhidos entre seus pares;
- e) Representante e suplente de Preceptores de cada PRAPS, escolhidos entre seus pares;
- f) Representante do gestor local de saúde.

§ 1º Os membros eleitos desta Comissão, exceto os profissionais de saúde residentes, terão mandato de 2 (dois) anos, com eleição realizada sempre no mês de abril, podendo haver duas reconduções.

§ 2º Os profissionais de saúde residentes elegerão, minimamente, a cada ano, 1 (um) representante e respectivo suplente. A data do pleito será em abril e realizar-se-á na presença do Coordenador do Programa. A eleição será registrada em ata com a assinatura de todos os presentes. O representante e suplente podem ser reconduzidos.

a) É vedada a candidatura ou recondução como representante, junto ao Colegiado da COREMU, àquele profissional de saúde residente que apresentar sanção disciplinar.

§ 3º As demais representações, em caso de ausência nas reuniões, poderão indicar um substituto sem direito a voto. O nome deverá ser encaminhado por escrito ao Núcleo de Residências antes do início da reunião.

§ 4º O membro que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa de ausência, será excluído da Comissão.

Art. 6º O Núcleo de Residências/COREMU/SESG é o órgão competente para manter os entendimentos com a CNRMS, por meio de sua equipe técnica.

Art. 7º A SESG indicará 3 (três) candidatos, que fazem parte do corpo docente-assistencial da Residência, e o Colegiado da COREMU elegerá dentre eles o Coordenador e Vice Coordenador, encaminhando os respectivos nomes para homologação da SESG.

§ 1º O Vice Coordenador substituirá o Coordenador em suas ausências e impedimentos.

§ 2º O mandato do coordenador e do Vice Coordenador é de 2 (dois) anos, podendo haver 2 (duas) reconduções.

Art. 8º O Colegiado da COREMU reunir-se-á bimensalmente ou ainda extraordinariamente, em qualquer data, por meio de convocação por correio eletrônico do coordenador, com antecedência mínima de 48 horas.

§ 1º A reunião iniciar-se-á em primeira chamada em horário pré-estabelecido, com a presença de 50% de seus Membros ou após 15 minutos, em segunda chamada, com o *quórum* presente.

§ 2º As decisões serão tomadas em reunião do Colegiado da COREMU em votação pelo sistema de maioria simples com o *quórum* presente. O Coordenador terá direito ao “voto de minerva”.

§ 3º Será redigida ata correspondente a cada reunião, sendo apresentada e aprovada na reunião seguinte.

Art. 9º São atribuições do Núcleo de Residências em Área Profissional da Saúde:

- I.Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os PRAPS da instituição executora;
- II.Acompanhamento e avaliação de desempenho dos discentes;
- III.Definição de diretrizes, elaboração de editais e acompanhamento do processo seletivo de candidatos;
- IV.Fazer cumprir este Regimento Interno;
- V.Zelar pela manutenção do padrão dos PRAPS da SES/GO;
- VI.Rever, periodicamente, os Projetos Político-Pedagógicos - PPP dos PRAPS, a fim de apreciar ajustes nos Programas de Residência existentes ou propostas de inclusão de outras profissões, novos eixos temáticos, sugerindo modificações necessárias para adequá-los aos padrões de ensino da Instituição e à legislação vigente, ou mesmo extinguir eixos temáticos ou áreas profissionais;
- VII.Solicitar credenciamento e recredenciamento de programas junto à CNRMS;
- VIII.Envidar esforços junto às áreas competentes para a obtenção de recursos necessários à execução dos PRAPS da SES/GO;
- IX.Emitir declarações para os profissionais de saúde residentes, preceptores e tutores dos PRAPS da SES/GO mediante solicitação formal das COREMU locais.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA DO PROGRAMA

Art. 10º Cada PRAPS da SES/GO constituirá uma estrutura interna de funcionamento na Unidade Assistencial que sedia o Programa, que deverá ser encaminhada ao Núcleo de Residências para aprovação. Esta estrutura corresponde à COREMU local e obedecerá à seguinte composição: Coordenador do Programa, Vice Coordenador, Tutores, Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes.

SEÇÃO I

DA COORDENAÇÃO E VICE-COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

Art. 11º A função do Coordenador e do Vice Coordenador do PRAPS deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre, com experiência profissional de no mínimo 3 (três) anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde, dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins da residência, sendo informado ao Núcleo de Residências para ciência, aprovação e encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

Parágrafo único - Quando da vacância do cargo de Coordenador e Vice Coordenador do PRAPS, o substituto deverá ser eleito por seus pares entre os membros do corpo docente assistencial do PRAPS.

Art. 12º Ao Coordenador do Programa compete:

- I. Fazer cumprir as deliberações do Colegiado da COREMU;
- II. Garantir a implementação do programa;
- III. Coordenar o processo de autoavaliação do programa;
- IV. Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do PPP junto ao Núcleo de Residências;
- V. Constituir e promover a qualificação do corpo de Docentes, Tutores e Preceptores, submetendo-os à aprovação pelo Núcleo de Residências;
- VI. Mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;
- VII. Promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;
- VIII. Fomentar a participação dos profissionais de saúde residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde - SUS;
- IX. Contribuir com a articulação das Políticas Nacionais de Educação e de Saúde com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS do seu Estado, por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES;

X. Responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e ao Núcleo de Residências, a qual reportará à CNRMS.

SEÇÃO II

DOS TUTORES

Art. 13º A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e profissionais de saúde residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 3 (três) anos, preferencialmente servidor efetivo da SES/GO.

§ 1º A Tutoria de Núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes.

§ 2º A Tutoria de Campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

§ 3º Os Tutores de Núcleo, prioritariamente, serão escolhidos, sob a indicação do Coordenador do programa, e legitimada por votação pelos demais Tutores de Núcleo do programa, no âmbito de cada profissão.

Art. 14º É de competência do Tutor:

- I. Representar a área profissional junto à Coordenação do programa;
- II. Promover a gestão necessária para garantir o bom andamento do programa junto a sua área profissional;
- III. Coordenar as atividades de seus Preceptores;
- IV. Executar e orientar o desenvolvimento de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas;

- V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;
- VI. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa;
- VII. Organizar, em conjunto com os Preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PPP;
- VIII. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os Preceptores;
- IX. Planejar e implementar, junto aos Preceptores, Equipe de Saúde, Docentes e Profissionais de Saúde Residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;
- X. Articular a integração dos Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;
- XI. Participar do processo de avaliação dos Preceptores e Profissionais de Saúde Residentes;
- XII. Participar da avaliação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- XIII. Orientar e avaliar os Trabalhos de Conclusão de Residência - TCR, conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação de TCR;
- XIV. Selecionar o quadro de Preceptores;
- XV. Aplicar medidas disciplinares cabíveis quando ocorrer situações de descumprimento dos deveres por parte do Profissional de Saúde Residente.

SEÇÃO III

DOS PRECEPTORES

Art. 15º A função de Preceptor caracteriza-se por supervisão das atividades práticas realizadas pelos profissionais de saúde residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa (atua como intermediador entre a equipe

local e os residentes), exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

§ 1º O Preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

§ 2º A supervisão de Preceptor da mesma área profissional, mencionada no parágrafo primeiro, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras.

§ 3º Em caráter de excepcionalidade poderão exercer a função de preceptoria, profissionais com experiência mínima de 2 (dois) anos de atuação na área da especialidade ou no serviço. Esta solicitação deverá ser encaminhada pelo Tutor à COREMU local com a devida justificativa para Núcleo de Residências e aprovação em plenária pelo Colegiado da COREMU.

Art. 16º É de competência do Preceptor:

- I. Exercer a função de orientador de referência para o Profissional de Saúde Residente no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II. Orientar e acompanhar, com suporte do(s) Tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do Profissional de Saúde Residente, devendo observar as diretrizes do PPP;
- III. Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais Preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- IV. Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, com os usuários (indivíduos, família e grupos), com os Profissionais de Saúde Residentes de outros programas, bem como com os estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- V. Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à

produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa, encaminhando-as ao(s) Tutor(es), quando se fizer necessário;

VII. Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) Residente(s) sob sua supervisão;

VIII. Proceder, em conjunto com Tutores, a formalização do processo avaliativo do Residente, com periodicidade máxima bimestral;

IX. Participar da avaliação da implementação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

X. Colaborar na orientação e avaliação dos TCR, conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação do TCR;

XI. Notificar ao Tutor as situações de descumprimento dos deveres por parte do Profissional de Saúde Residente, para que as medidas disciplinares cabíveis sejam tomadas.

SEÇÃO IV

DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE RESIDENTES

Art. 17º É de competência dos Profissionais de Saúde Residentes:

I. Conhecer o PPP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;

II. Empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;

III. Ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sociopolíticas;

- IV. Dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 horas semanais;
- V. Conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa;
- VI. Comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;
- VII. Justificar faltas ao Preceptor e ao Tutor, de modo a viabilizar uma comunicação mais efetiva e coerente;
- VIII. Articular-se com os representantes dos Profissionais de Saúde Residentes do programa em que está inserido;
- IX. Integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- X. Integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;
- XI. Colaborar com os colegas das equipes de trabalho e, principalmente, em situações especiais ou de emergência;
- XII. Realizar as atividades que lhe forem atribuídas;
- XIII. Buscar a articulação com outros Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde e com os Programas de Residência Médica;
- XIV. Zelar pela ordem e disciplina nos ambientes de trabalho, como também zelar dos equipamentos e materiais disponíveis para uso;
- XV. Zelar pelo patrimônio institucional;
- XVI. Comparecer às reuniões convocadas pelo Preceptor, Tutor ou Coordenador;
- XVII. Participar de comissões ou reuniões, sempre que for solicitado;
- XVIII. Manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada ao PRAPS;

XIX. Participar da avaliação da implementação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.

Art. 18º Dos direitos dos Profissionais de Saúde Residentes:

I. Receber bolsa de acordo com os valores estabelecidos pela CNRMS, garantida pelo artigo 16, § 1º da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005;

II. Ser segurado contra acidentes pessoais;

III. Solicitar auxílio para esclarecimento de dúvidas relacionadas à residência;

IV. Desenvolver atividades de acordo com as condições estabelecidas no Termo de Compromisso;

V. Receber orientação, acompanhamento e avaliação contínuos;

VI. Receber o Regimento Interno da COREMU;

VII. Usufruir um dia de folga semanal a ser determinado pelo Tutor, de acordo com escala, preferencialmente aos domingos;

VIII. Usufruir de 30 dias de férias por ano em escala previamente aprovada com antecedência pelo Tutor e definida no mês abril de cada ano. As férias devem ser gozadas, necessariamente, nos meses de julho ou janeiro, podendo ser fragmentadas em 2 (dois) períodos de 15 dias;

IX. Participar de evento científico relacionado à área de formação do programa que está vinculado, desde que não exceda 40 horas/ano, mediante autorização prévia do Tutor, sendo que:

a) O Profissional de Saúde Residente deverá solicitar ao Tutor a participação no evento com antecedência mínima de 20 dias;

b) O Profissional de Saúde Residente deverá apresentar a cópia do certificado do evento, sendo considerado como carga horária teórico-prática;

X. Receber alimentação e usufruir de repouso, respeitando os horários e locais pré-fixados pelas Instituições cedentes, durante o período em que estiver atuando na Unidade de Saúde, onde se desenvolve o programa;

XI. Receber certificado correspondente ao curso de especialização, quando obtida a aprovação;

XII. Usufruir de todos os direitos previdenciários previstos na legislação brasileira;

XIII. Assegurar ao Profissional de Saúde Residente gestante ou adotante a licença-maternidade ou licença adoção de até 120 dias;

XIV. Assegurar ao Profissional de Saúde Residente a concessão de licença de 5 (cinco) dias para auxiliar a mãe de seu filho recém-nascido ou adotado, mediante a apresentação da Certidão de Nascimento ou do Termo de Adoção da Criança;

XV. Assegurar ao Profissional de Saúde Residente a concessão de licença nojo de 8 (oito) dias, em caso de óbito de parentes de primeiro grau, ascendentes ou descendentes;

XVI. Assegurar ao profissional de saúde residente a concessão de afastamento de 8 (oito) dias consecutivos no caso de núpcias;

XVII. Solicitar 1 (um) trancamento de matrícula de até 1 (um) ano, que poderá ser concedida mediante aprovação do Colegiado da COREMU e homologada pela CNRMS. Enquanto a CNRMS não deliberar parecer *ad referendum* autorizando o afastamento, o residente deve aguardar em atividade. Durante o período de trancamento, fica suspenso o pagamento de bolsa trabalho;

XVIII. O trancamento poderá ser solicitado com cumprimento de pelo menos 60 dias do curso;

XIX. Trancar a matrícula para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com as normas da CNRMS;

XX. O residente terá direito a licenças médicas, desde que apresente o atestado médico comprobatório;

XXI. Nas licenças, trancamentos de vagas e outras ocorrências de afastamento, a carga horária prática, teórico-prática e teórica deverá ser repostada, conforme resoluções da CNRMS;

XXII. Os casos omissos serão analisados pelo Núcleo de Residências.

Art. 19º Em caso de acidente com o Profissional de Saúde Residente:

- I. A assistência ao acidentado deverá seguir as normativas relacionadas aos acidentes de trabalho, com emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT e encaminhamento à perícia, em caso de afastamento por mais de 15 dias;
- II. Em caso de acidentes com perfuro-cortantes, deve ser realizada a notificação aos serviços de apoio conforme o fluxograma de atendimento da Unidade e consulta médica imediata.

Art. 20º Dos deveres dos Profissionais de Saúde Residentes:

- I. Frequentar regularmente e participar ativamente das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do programa de residência, comportando-se de maneira idônea, ética, disciplinada, empenhando ao máximo suas capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras no estudo proposto;
- II. Registrar, diariamente, a frequência de vivência prática;
- III. Elaborar e entregar planos, relatórios e outros documentos nas datas estabelecidas;
- IV. Utilizar, guardar e conservar, com todo o cuidado, impressos e outros materiais de utilização;
- V. Socializar o conhecimento adquirido em evento científico para o qual foi liberado para participar;
- VI. Comunicar com antecedência o não comparecimento às atividades teóricas, teórico-práticas ao Tutor e atividades práticas ao Preceptor e Tutor;
- VII. Manter sigilo sobre conteúdo de documentos e de informações confidenciais referentes ao local da residência;
- VIII. Comunicar a COREMU local e ao Núcleo de Residências, qualquer alteração de endereço, telefone e desistência da residência;
- IX. Respeitar e cumprir as normas e regimentos internos ou externos do Programa no qual está inserido, as normas da SES/GO, e da Unidade onde estiver atuando;
- X. Acompanhar as visitas técnicas aos pacientes internados e prestar as informações que forem solicitadas, em relação aos casos sob os seus cuidados;

- XI. Levar ao conhecimento do representante dos Profissionais de Saúde Residentes de seu programa e/ou a seus Tutores, as irregularidades observadas;
- XII. Avaliar o desempenho do Coordenador do programa, Tutor e Preceptor;
- XIII. Desenvolver e manter o ambiente de trabalho agradável, cordial e respeitoso, assomados a boas relações com os colegas, com o pessoal que trabalha na Instituição, e com chefes e supervisores hierárquicos;
- XIV. Ter boa apresentação e apresentar-se de maneira discreta, em concordância com as normas regulatórias;
- XV. Registrar todas as suas anotações nos prontuários de modo claro;
- XVI. Comparecer às reuniões programadas e extraordinárias, se for o caso;
- XVII. Entregar o relatório final das atividades práticas da residência, redigido segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT;
- XVIII. Obedecer às Normas do Código de Ética do Conselho de Classe da sua área de atuação;
- XIX. Utilizar os Equipamentos de Proteção Individuais - EPI necessários na realização da assistência prestada ao paciente;
- XX. Repor as atividades práticas perdidas em razão de afastamentos, garantindo a aquisição das competências estabelecidas no programa;
- XXI. Restringir o uso do celular, usando-o apenas em casos de extrema necessidade, desde que não haja prejuízo às normas da instituição executora;
- XXII. Não fazer fotografias, gravar vídeos ou áudios, exceto quando expressamente autorizado pelo usuário do SUS, no contexto de atendimento, ou pela equipe, no contexto de reuniões e aulas, com ciência do Tutor ou Preceptor, mediante autorização por escrito;
- XXIII. Cumprir integralmente o horário estabelecido pela Instituição, observando assiduidade e pontualidade;
- XXIV. Permanecer nos cenários de atividades teóricas, teórico-práticas e práticas apenas no horário e/ou período regulamentar destinado e/ou designado ao mesmo pelo seu respectivo Tutor, ou sob a anuência dele;

XXV. Não realizar, em hipótese alguma, atividades extras e estranhas àquelas inerentes à finalidade do programa sem anuência ou autorização prévia do respectivo Tutor;

XXVI. Entregar junto à COREMU local, ou garantir a entrega de documentos comprobatórios de ausência nos prazos estabelecidos por ela.

SEÇÃO V

DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 21º Sempre que houver infrações às normas da Instituição, bem como ao Regimento Interno da COREMU e/ou ao Código de Ética Profissional, os Profissionais de Saúde Residentes estarão sujeitos às penas de advertência verbal, advertência por escrito, suspensão e desligamento.

Art. 22º A pena de advertência verbal será aplicada pelo Tutor em reunião com o Profissional de Saúde Residente e testemunhas, ficando facultado o registro em ata.

Art. 23º A pena de advertência escrita será aplicada pelo Tutor ou, na ausência deste, pelo Coordenador com ciência do residente, devendo ser homologada pelo Coordenador do PRAPS.

Art. 24º Aplicar-se-á a penalidade de ADVERTÊNCIA ao residente que:

- I. Perturbar a ordem da Instituição;
- II. Faltar sem justificativa cabível nas (às) atividades práticas;
- III. Não cumprir tarefas designadas;
- IV. Assumir atitudes e praticar atos que desconsiderem aos doentes e familiares ou desrespeitem os preceitos de ética profissional e do regimento da Instituição;
- V. Faltar à urbanidade e à compostura nas suas atividades e relações interpessoais, aos princípios de cordialidade para com os funcionários, colegas ou superiores;
- VI. Usar de maneira inadequada as instalações, materiais e outros pertences da Instituição;
- VII. Ausentar-se das atividades sem autorização dos superiores;

VIII. Apresentar-se embriagado ou intoxicado com substâncias ilícitas ou drogas de abuso durante as atividades do programa; bem como, portar substâncias ilícitas e/ou arma de fogo ou artefatos que possam ferir pessoas;

XIX. Praticar insubordinação e/ou indisciplina de modo reincidente, persistente e/ou grave;

X. Descumprir determinações estatutárias, regimentais e normativas da Instituição, se não for cominada penalidade mais grave.

Art. 25º A penalidade de SUSPENSÃO poderá ser de 1 (um) a 5 (cinco) dias úteis, dependendo da gravidade.

§ 1º A penalidade de suspensão implica em perda das atividades teóricas e reposição integral das atividades práticas.

§ 2º A penalidade de suspensão poderá ser aplicada após uma advertência escrita, na reincidência das ações faltosas.

Art. 26º Aplicar-se-á a penalidade de DESLIGAMENTO ao residente que:

I. Não comparecer às atividades do Programa de Residência, sem justificativa legal, por 3 (três) dias consecutivos ou 6 (seis) dias intercalados, no período de até 6 (seis) meses;

II. Apresentar aspectos que evidenciem, após avaliação, que o residente seja incompatível com o perfil estabelecido pelo programa;

III. Fraudar ou prestar informações falsas na inscrição; neste caso, além do desligamento, o residente sofrerá as sanções previstas nos Códigos Civil e Penal brasileiros, devendo ressarcir à União os valores pagos como bolsa;

IV. Reincidir em falta culminada com a pena máxima prevista para a suspensão;

V. Perturbar de forma grave a ordem no interior da Instituição, impedindo suas atividades.

Art. 27º Aplicar-se-á diretamente a penalidade de SUSPENSÃO ou de DESLIGAMENTO, sem advertências, ao residente que:

I. Desrespeitar o Código de Ética Profissional;

II. Realizar agressões verbais ou físicas a outros;

III. Realizar atividades simultâneas à residência.

Art. 28º Serão consideradas condições agravantes das penalidades:

I. Reincidência;

II. Ação premeditada;

III. Alegação de desconhecimento das normas do Serviço, do Regimento Interno da COREMU e das diretrizes e normas dos Programas de Residência da Instituição, bem como do Código de Ética Profissional.

Art. 30º As transgressões disciplinares serão comunicadas à COREMU local, às quais caberão as providências pertinentes.

§ 1º Todas as ocorrências deverão ser comunicadas por escrito ao Coordenador do programa, o qual as encaminhará ao Núcleo de Residências para conhecimento, avaliação e deliberação.

§ 2º Nos casos de penalidade de suspensão ou desligamento caberá análise por subcomissão de apuração a ser designada pelo Núcleo de Residências.

§ 3º A subcomissão de apuração será composta pelo Coordenador do programa, 3 (três) Tutores e/ou Preceptores, garantindo-se 2 (dois) deles externos ao programa e o representante dos Profissionais de Saúde Residentes (desde que não seja ele o envolvido) indicados em reunião designada pelo Núcleo de Residências para esta finalidade.

§ 4º O prazo para apuração dos fatos, sua divulgação e medidas pertinentes é de 15 dias corridos, excepcionalmente prorrogáveis por mais 15 dias, por decisão do Núcleo de Residências.

§ 5º Ao residente será assegurado o direito de acompanhamento do processo e ampla defesa, podendo recorrer da decisão ao Núcleo de Residências em até 3 (três) dias computados a partir da data em que for cientificado.

§ 6º O recurso deverá ser julgado em até 7 (sete) dias após o recebimento pelo Núcleo de Residências.

§ 7º Caso o residente não concorde com a decisão do Núcleo de Residências poderá recorrer, em até 3 (três) dias, por escrito à CNRMS, que julgará o caso em última instância.

§ 8º O cumprimento da penalidade terá início a partir do término do prazo para recurso ou data da ciência da decisão dele, conforme o caso.

SEÇÃO VI

AVALIAÇÃO, PROMOÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 30º O processo de avaliação da aprendizagem dos Profissionais de Saúde Residentes, de caráter obrigatório, será realizado periodicamente, envolvendo os seguintes aspectos:

- I. Frequência às atividades programadas;
- II. Avaliação da vivência prática, segundo critérios de desempenho profissional, comportamento ético e domínio do conhecimento;
- III. Avaliação de desempenho e aprendizagem nas atividades teóricas e teórico-práticas;
- IV. Avaliação do TCR.

§ 1º Os residentes deverão cumprir integralmente a carga horária prática e o mínimo exigido da carga horária teórica e teórico-prática, conforme estabelecido pela CNRMS em suas resoluções.

§ 2º Por ocasião do ingresso dos profissionais de saúde residentes no curso, o Coordenador de programa, em reunião formal, deverá dar a eles conhecimento da metodologia empregada para a sua avaliação.

§ 3º A metodologia de avaliação está prevista no PPP de cada curso e pode ser modificada pelo Núcleo Docente Assistencial Estruturante - NDAE, mediante aprovação do Colegiado da COREMU.

Art. 31º São exigências para a obtenção do Título de Especialista:

- I. Aprovação do Trabalho de Conclusão de Residência - TCR;
- II. Integralização curricular do curso, com aprovação em todos os módulos dos eixos temáticos do curso.

Parágrafo único - Serão considerados aprovados nos módulos dos eixos temáticos ou no TCR os Profissionais de Saúde Residentes que obtiverem nota igual ou superior a 7 (sete) pontos na média geral.

Art. 32º O Profissional de Saúde Residente será promovido para o próximo ano letivo do curso somente se tiver obtido conceito satisfatório pelo corpo docente-assistencial que o supervisiona (Preceptores, Tutor de Campo, Tutores de Núcleo e Coordenador de programa), que se reunirá para definir tal conceito, a partir dos seguintes critérios:

- I. Aderir em todos os módulos dos eixos temáticos do ano anterior;
- II. Frequência mínima de 85% na carga horária teórica e teórico-prática, conforme estabelecida pela CNRMS, e frequência integral na carga horária prática de cada módulo;
- III. Comportamento idôneo e disciplinado, nos aspectos psicossociais, éticos, morais e profissionais.

§ 1º Se o profissional de saúde residente não for promovido para o próximo ano letivo do curso, por não ter cumprido as exigências supracitadas, será desligado do programa e terá sua bolsa de estudo cancelada.

§ 2º A não promoção para o próximo ano letivo do profissional de saúde residente será ratificada pela COREMU local e encaminhada para o Núcleo de Residências.

SEÇÃO VII

DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Art. 33º O Profissional de Saúde Residente deverá apresentar, individualmente, um Trabalho de Conclusão de Residência – TCR na forma de artigo científico elaborado a partir de pesquisa ou criação de produto tecnológico.

Parágrafo único - O TCR deve seguir a formatação preconizada no Manual e Normas para Elaboração e Apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência, disponibilizado ao residente pela COREMU e suas instâncias.

Art. 34º Serão aceitas as seguintes modalidades de pesquisa para o TCR:

- I. Estudo original, com pesquisa de campo, laboratório ou documental;
- II. Estudo de relato de caso ou série de casos;
- III. Projeto de intervenção ou projeto aplicativo, com elaboração do plano de ação e, se houver viabilidade, aplicação prática da intervenção gerencial;

IV. Relato de experiência de desenvolvimento de produto tecnológico;

V. Outras modalidades, a critério da COREMU.

Parágrafo único - Não será aceita a modalidade de pesquisa do tipo revisão bibliográfica.

Art. 35º Serão aceitas as seguintes modalidades de produto tecnológico para o TCR:

I. Desenvolvimento de software e aplicativos;

II. Desenvolvimento de material didático;

III. Desenvolvimento de protocolos de atendimento;

IV. Escalas de avaliação;

V. Patente;

VI. Outras modalidades, a critério da COREMU.

Art. 36º A orientação do TCR será realizada por profissionais que tenham titulação mínima de mestre, independente da área de formação, preferencialmente pelo Tutor, e obrigatoriamente vinculado às Unidades da SES.

Parágrafo único - Não há coorientação para TCR.

Art. 37º O Profissional de Saúde Residente deverá elaborar, sob supervisão, o projeto de pesquisa ou o plano de elaboração de produto tecnológico ou projeto de intervenção para o TCR conforme normas da ABNT ou Vancouver (de acordo com as normas da revista a ser publicado o artigo), durante o primeiro ano letivo (R1), devendo entregá-lo até outubro para a banca examinadora para qualificação.

Parágrafo único - O projeto de pesquisa do Profissional de Saúde Residente poderá ser parte integrante de um projeto “guarda-chuva”. Mesmo neste caso, é obrigatória a elaboração de um projeto próprio.

Art. 38º Projeto de pesquisa integrado (“guarda-chuva”) é aquele que se articula e/ou se desdobra em outros (sub)projetos que são desenvolvidos em parceria com profissionais de outras instituições e/ou centros de pesquisa ou com estudantes em formação nos cursos *lato* (Residência em Área Profissional da Saúde) e *stricto sensu*.

§ 1º O Tutor é, necessariamente, o proponente de projetos integrados.

§ 2º Os subprojetos ou projetos pontuais/desdobrados devem esclarecer a relação direta que possuem com o projeto integrado (“guarda-chuva”), ou seja, precisam indicar como serão articulados com o projeto maior do ponto de vista teórico, metodológico e/ou de campo.

§ 3º Sugere-se que a pesquisa seja multiprofissional.

Art. 39º Após a aprovação pelo orientador, o projeto de pesquisa deverá seguir o fluxo para realização de pesquisas da SES/GO, estabelecido pela Portaria GAB/SES-GO nº 230/2017, ou outro fluxo vigente, que orienta os pesquisadores sobre os procedimentos para autorização e execução de pesquisas científicas.

Parágrafo único - Isto não se aplica aos casos de TCR de produto tecnológico.

Art. 40º Em caso de mudança de orientador do TCR:

§ 1º O aluno poderá, em requerimento fundamentado e dirigido ao Coordenador de programa, solicitar mudança de orientador.

§ 2º Ao orientador também será facultado interromper o trabalho de orientação, desde que autorizado pelo Coordenador do programa.

Art. 41º Depois de finalizado o TCR, o Profissional de Saúde Residente deverá fazer uma apresentação pública e defesa perante banca examinadora, em data estabelecida pela COREMU/SESG.

Art. 42º A banca examinadora do TCR será composta de, no mínimo, 3 (três) membros.

§ 1º O Docente Orientador é membro obrigatório da banca examinadora, e presidirá a mesma.

§ 2º Os outros examinadores, denominados Membros Convidados, serão escolhidos entre o Corpo Docente Assistencial da Residência em Área Profissional da Saúde da SES/GO.

§ 3º Excepcionalmente, os membros convidados poderão ser profissionais externos, sem vínculo com a Residência em Área Profissional da Saúde da SES/GO.

§ 4º Os membros convidados serão indicados pelo orientador à Coordenação do programa e à coordenação da COREMU/SESG, que ratificará a composição da banca examinadora.

Art. 43º O julgamento da comissão concluirá, através de parecer fundamentado, pela aprovação, aprovação com modificações ou rejeição do trabalho.

§ 1º Em caso de aprovação ou rejeição, as notas devem ser expressas em conceito de 0 (zero) e 10 (dez) pontos, sendo considerado aprovado o Profissional de Saúde Residente que obtiver nota igual ou superior a 7 (sete) pontos.

§ 2º Em caso de exigir modificação o prazo máximo para a reformulação do trabalho final é de 15 dias.

Art. 44º Após a defesa pública, o Profissional de Saúde Residente terá 15 dias para entregar a versão final do TCR à Coordenação da COREMU.

§ 1º Na entrega da versão final do TCR, o Profissional de Saúde Residente deverá apresentar comprovação de protocolo de envio de um artigo para publicação na RESAP ou outro periódico científico e relatório final para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP, no caso de pesquisas originais que envolvam direta ou indiretamente seres humanos.

§ 2º A entrega dos comprovantes mencionados nos parágrafos primeiro e segundo são requisitos para que o Profissional de Saúde Residente possa receber o Certificado de Conclusão de Curso.

Art. 45º O Profissional de Saúde Residente que não obtiver aprovação no TCR poderá requerer, mediante exposição justificada à COREMU, prazo para reelaboração do trabalho e sua reapresentação.

CAPÍTULO IV

DO NÚCLEO DOCENTE ASSISTENCIAL ESTRUTURANTE - NDAE

Art. 46º O NDAE é a instância responsável pela gestão pedagógica do PRAPS constituída pelo coordenador do Núcleo de Residências, pelos Coordenadores de PRAPS das instituições executoras, e representantes de Docentes, de Tutores e de Preceptores de cada área de concentração.

§ 1º O NDAE se reunirá semestralmente, podendo ser convocadas reuniões extraordinárias quando necessário, mediante comunicação com até 48 horas de antecedência.

§ 2º Cada membro poderá ter um suplente.

§ 3º A escolha dos representantes deverá ser indicada, por cada segmento, entre seus pares.

§ 4º O NDAE do programa de residência deverá ser nomeado por meio de Ato Designatório pela Coordenação da COREMU local e pelo Núcleo de Residências.

§ 5º Na reunião do NDAE poderão ser convidados outros atores participantes (reunião ampliada).

§ 6º As decisões do NDAE serão conduzidas pela maioria simples presente em cada reunião, previamente convocada com pauta.

Art. 47º Ao NDAE compete:

- I. Acompanhar a execução do PPP, propondo ajustes e mudanças, quando necessárias, à coordenação do programa;
- II. Assessorar a coordenação dos PRAPS no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa;
- III. Promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando ao fortalecimento ou à construção de ações integradas na respectiva área de concentração, entre a equipe, entre os serviços e nas redes de atenção do SUS;
- IV. Estruturar e desenvolver grupos de estudo e pesquisa que fomentem a produção de projetos de extensão, pesquisa e intervenção voltados à produção de conhecimentos e tecnologias que integrem ensino e serviço;
- V. Intervir e mediar situações pedagógicas que não estejam no escopo de atribuições de Preceptores e Tutores ou que os envolvam, buscando a garantia da formação do residente.

CAPÍTULO V

DO ACESSO AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

Art. 48º O ingresso ao PRAPS dar-se-á através de processo seletivo público a ser homologado pelo Núcleo de Residências - COREMU/SESG e com ampla divulgação em sites oficiais.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 49º Todos os profissionais de saúde residentes receberão uma cópia eletrônica deste Regimento e do Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência - TCR.

Art. 50º Os casos omissos neste Regimento Interno serão decididos pelo Núcleo de Residências e pelas COREMU Locais.

Art. 51º Este Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação em Diário Oficial do Estado de Goiás, após a sua aprovação pelo Colegiado da COREMU, Núcleo de Residências e pela SES/GO.

2.1.17.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Residência Multiprofissional

Tabela 36 - Cronograma de Atividade Anual da COREMU.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Aprovação do Regimento Interno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Reuniões ordinárias mensais da Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Apresentação de relatórios para Direção Geral	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.18. COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

2.1.18.1. Proposta de Constituição do Comitê de Ética e Pesquisa

Toda instituição onde se realizam pesquisas envolvendo seres humanos deve constituir um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, pois a existência desta instância qualifica-a e legitima sua vocação para a pesquisa.

Um CEP é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Além de avaliar a eticidade dos projetos de pesquisa, o CEP se torna corresponsável pelo seu desenvolvimento, destacando-se também o papel educativo e consultivo junto aos pesquisadores, comunidade institucional, sujeitos de pesquisa e comunidade em geral.

A eticidade da pesquisa está baseada na corrente principialista da bioética, que implica em respeito a 4 (quatro) pilares básicos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, estando esta última equiparada com o conceito de equidade.

Para a instituição de um CEP em uma Unidade de saúde faz-se necessário solicitar cadastro junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, que é uma comissão do Conselho Nacional de Saúde – CNS, criada através da Resolução nº 196/1996, com a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho.

O CEP é responsável pelos protocolos de pesquisa de baixa e média complexidade e são a porta de entrada para todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Dessa forma, as análises que competem à CONEP passam primeiramente no CEP e automaticamente são encaminhadas para análise na CONEP.

Considerando que o HECAD possui grande capacidade de produção científica, torna-se imprescindível a implantação de um CEP local, aonde os

membros voltarão o olhar para análise ética das pesquisas, verificando, por exemplo, se essas:

- Respeitam o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio da manifestação expressa, livre e esclarecida;
- Ponderam entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- Garantem que danos previsíveis sejam evitados; e
- Têm relevância social, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

Cabe afirmar que a Agir possui experiência com a implantação de CEP nas unidades hospitalares em que realiza a gestão, enquanto parceira da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO (há CEP implantado no HUGOL e em fase final de implantação no CRER). Sendo assim, a OSS possui processos de trabalho maduros e organizados tanto para a gestão dessa atividade no HECAD.

Membros e Finalidade

De acordo com a legislação vigente que regulamenta a realização de pesquisas científicas no país (Resolução CNS nº 466/2012), a instituição de um CEP destaca temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS.

É fato que, no HECAD, haverá um crescente desenvolvimento de pesquisas concomitantes com os Programas de Residência Médica e Multiprofissional, estágio e outros – programas estes que fazem parte do escopo desta proposta. Desta forma, a criação do CEP/HECAD garantirá que as pesquisas sejam realizadas dentro da conformidade legal, observando-se, ainda, as parcerias da Unidade com instituições e órgãos voltados para o ensino e pesquisa.

Esta Comissão será responsável por:

- Revisar todos os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição;
- Emitir parecer consubstanciado por escrito;
- Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará a disposição das autoridades sanitárias;
- Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
- Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento;
- Manter comunicação regular e permanente com a CONEP.

A composição compreenderá um Coordenador Geral, um Vice Coordenador e um Coordenador Adjunto (secretário executivo), que atuarão em conjunto com no mínimo 7 (sete) membros, obedecendo a característica multiprofissional e transdisciplinar - representantes das diversas áreas da Instituição, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

Também farão parte do CEP/HECAD um assistente administrativo e representantes da sociedade civil.

Uma vez constituído o CEP/HECAD, o primeiro colegiado deverá preparar, analisar e aprovar o Regimento Interno, conforme proposto a seguir.

2.1.18.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de Ética e Pesquisa

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – CEP/HECAD é um colegiado interdisciplinar e independente, com "*munus público*", criado pela Diretoria da Unidade de saúde, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO CEP/HECAD

SEÇÃO I

DAS ATRIBUIÇÕES DO CEP

Art. 2º Compete ao CEP/HECAD a avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas científicas que ocorram no HECAD, de acordo com o estabelecido nas Diretrizes Internacionais para as Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos - CIOMS e na Resolução CNS nº 466/2012, visando defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro de padrões éticos.

Art. 3º São atribuições do CEP/HECAD:

- a) revisar os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes delas;
- b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo de 30 dias a partir da aceitação dos documentos do protocolo, cuja checagem deverá ser realizada em até 10 (dez) dias após a submissão. O parecer final deverá identificar com clareza o ensaio, documentos estudados e datas de revisão;
- c) divulgar as instruções normativas que nortearão os pesquisadores quanto aos aspectos éticos da pesquisa;
- d) solicitar e acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatório parcial e final, considerando a Resolução CNS nº 466/2012;
- e) informar ao pesquisador (via parecer), após a aprovação dos protocolos, as datas determinadas para entrega de seus relatórios;
- f) avaliar protocolos de pesquisa de outras instituições ou empresas privadas que não tenham um CEP constituído, quando enviados pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP;
- g) em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, sobretudo as que impliquem em riscos aos participantes da pesquisa,

comunicar às instâncias competentes para averiguação e, quando couber, ao Ministério Público;

- h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP, funcionando como canal entre ela e o pesquisador;
- i) Enviar à CONEP os relatórios de atividades do CEP/HECAD no primeiro bimestre de cada semestre, apontando os dados qualitativos das atividades dos últimos 6 (seis) meses. Tais relatórios devem indicar, qualitativamente, como ocorreu a dinâmica de atuação do comitê entre seus membros, bem como, junto a pesquisadores, participantes da pesquisa e instituição mantenedora;
- j) manter em sigilo o exercício de suas atribuições, não identificando o nome dos relatores;
- k) solicitar, se necessário, no curso da revisão ética, informações e documentos para elucidar questões, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012;
- l) desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência no HECAD;
- m) em caso de suspensão do protocolo de pesquisa, comunicar ao superior imediato do responsável pelo desenvolvimento do projeto, à CONEP e à instituição financiadora do projeto, se houver;
- n) comunicar à CONEP as situações de vacância ou afastamento de membros e encaminhar as substituições efetivadas, justificando-as, conforme a Norma Operacional nº 001/2013;
- o) receber de participantes da pesquisa ou de qualquer outra parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.
- p) requerer instauração de sindicância à Diretoria da Unidade nos casos de realização de pesquisas ainda não aprovadas ou reprovadas, e de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas;

q) aprovar, no primeiro bimestre de cada ano, um plano de capacitação permanente dos seus membros, podendo articular-se com outros comitês para a execução desse plano.

Art. 4º Do encaminhamento e tramitação dos protocolos de pesquisa:

§ 1º A revisão de cada protocolo de pesquisa e seus respectivos documentos culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- **Aprovado:** quando o protocolo se encontra totalmente adequado para execução.
- **Com pendência:** quando o CEP/HECAD considera o protocolo como aceitável, porém a decisão é pela necessidade de correção, hipótese em que serão solicitadas alterações ou complementações do protocolo de pesquisa.
- **Não aprovado:** quando a decisão considera que os óbices éticos do protocolo são de tal gravidade que não podem ser superados pela tramitação em “pendência”.
- **Arquivado:** quando o pesquisador descumprir o prazo para enviar as respostas às pendências apontadas ou para recorrer.
- **Suspensão:** quando a pesquisa aprovada, já em andamento, precisar ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente aos participantes dela.
- **Retirado:** quando o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação do pesquisador responsável mediante justificativa para a retirada do protocolo, antes de sua avaliação ética.

§ 2º O CEP/HECAD deverá manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa.

§ 3º O CEP/HECAD deverá acompanhar, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores, o desenvolvimento dos projetos aprovados e zelar pela realização da pesquisa da forma como foi aprovada.

§ 4º O CEP/HECAD deverá apreciar as eventuais emendas aos protocolos em desenvolvimento e as notificações de eventos adversos graves ocorridos, a saber:

- a) Morte;
- b) Ameaça ou risco de vida;
- c) Hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, excetuando-se as cirurgias eletivas e as internações previstas no protocolo;
- d) Incapacidade persistente ou significativa;
- e) Anomalia congênita ou defeito de nascimento;
- f) Ocorrência médica significativa que, baseada em julgamento médico apropriado, pode prejudicar o paciente e/ou requerer intervenção médica ou cirúrgica para prevenir quaisquer das demais ocorrências supracitadas.

§ 5º Os relatórios de pesquisa serão enviados pelo pesquisador semestralmente, comunicando ao CEP/HECAD a ocorrência de eventos adversos esperados ou não esperados. O CEP assumirá, com o pesquisador, a corresponsabilidade pela preservação de condutas eticamente corretas no projeto e no desenvolvimento da pesquisa, cabendo-lhe, ainda, comunicar à CONEP e à Anvisa a ocorrência de eventos adversos graves.

O formulário de notificação encontra-se disponível, para preenchimento, em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.

§ 6º O CEP/HECAD encaminhará à CONEP:

- I. Protocolos de pesquisa que necessitam aprovação, projetos que encerrem uma situação sobre a qual não houve consenso e que, por critério do CEP/HECAD, se deseje a manifestação da CONEP;
- II. Notificações de eventos adversos graves, após apreciação e parecer quanto às medidas imediatas tomadas pelo pesquisador;
- III. Relatórios trimestrais sobre o seu funcionamento, conforme modelo divulgado pela CONEP;
- IV. Modificações de sua composição com as substituições de membros ocorridas, novo mandato e eleição de novo colegiado ou escolha de novo Coordenador;
- V. Consultas específicas sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos;
- VI. Sugestões para melhoria e adequação do sistema e das normas.

§ 7º Tramitação das emendas e extensões:

- Emenda: é toda proposta de modificação ao projeto original, apresentada com a justificativa que a motivou. As emendas devem ser apresentadas ao CEP/HECAD de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e suas justificativas. A emenda será analisada pelas instâncias até sua aprovação final (CEP e/ou CONEP).
- Extensão: é a proposta de prorrogação ou continuidade da pesquisa com os mesmos participantes recrutados, sem mudança essencial nos objetivos e na metodologia do projeto original. Havendo modificações importantes de objetivos e métodos, deve ser apresentado outro protocolo de pesquisa.

§ 8º O CEP/HECAD deverá manter, sob sua guarda e responsabilidade, os protocolos de pesquisa e demais documentos, inclusive digitalizados, pelo prazo mínimo de 5 anos, a contar do encerramento do protocolo. Decorrido este tempo, o CEP/HECAD deverá avaliar os documentos com vistas a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

SEÇÃO II

COMPOSIÇÃO E NOMEAÇÃO

Art. 5º O CEP/HECAD terá composição multiprofissional e transdisciplinar com, no mínimo, 7 (sete) membros, sendo a maioria deles com atuação destacada no campo da ética na pesquisa ou na saúde, com atuação nos diversos setores da sociedade.

§ 1º Em sua composição, o CEP/HECAD deverá possuir, no mínimo, 2 (dois) membros dos Representantes dos Participantes da Pesquisa, atendendo ao disposto no art. 16 da Resolução CNS nº 647/2020.

§ 2º A nomeação dos membros do CEP/HECAD será realizada por meio de ato administrativo pela Instituição Mantenedora, após processo seletivo interno e aprovação do CEP/HECAD, respeitando-se as recomendações contidas nas normas vigentes.

§ 3º Os membros do CEP/HECAD deverão atuar de forma voluntária, autônoma e independente no exercício de sua função, que é de elevado interesse público. É vedado, tanto aos titulares quanto aos suplentes, exercer atividades nas quais

interesses privados possam comprometer o interesse público e sua imparcialidade no exercício de suas atividades no CEP/HECAD. Os membros do CEP/HECAD deverão apresentar declaração, por escrito, comprovando a sua autonomia e independência no exercício como membro.

§ 4º O CEP/HECAD, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, deverá ser constituído por pessoas de ambos os sexos, não sendo permitido que nenhuma categoria profissional tenha uma representação superior à metade dos seus membros.

§ 5º Pelo menos metade dos membros deverá possuir experiência em pesquisa e representar as diversas áreas de atuação multidisciplinar da Instituição.

§ 6º Os membros do CEP/HECAD não poderão ser remunerados, sendo a sua atuação considerada de relevante interesse institucional.

§ 7º O membro deve ser dispensado de suas obrigações habituais na Unidade no horário de seu trabalho no CEP/HECAD, dado o caráter da obrigatoriedade da participação nas reuniões.

§ 8º O CEP/HECAD terá, também, um vice coordenador, a ser indicado pelos pares.

§ 9º O Representante de Participante da Pesquisa não deverá ser funcionário da Instituição, nem profissional de saúde, devendo ser pessoa interessada no estudo da ética na pesquisa e na defesa dos direitos dos cidadãos e usuários de serviços, representando os interesses e preocupações da comunidade e sociedade local.

Art. 6º O CEP/HECAD será coordenado por um dos membros eleito entre os pares.

Art. 7º O CEP/HECAD contará com um Coordenador Adjunto (secretário executivo), função exercida por um de seus membros eleitos entre os pares, e com um assistente administrativo.

Art. 8º Todos os membros do corpo clínico e administrativo do HECAD serão considerados membros consultores "*ad hoc*".

§ 1º O consultor "*ad hoc*" é aquele que, não participando do comitê, é convidado a dar seu parecer para assessorar o CEP/HECAD.

§ 2º A busca da manifestação de um consultor "ad hoc" poderá ter uma das seguintes funções:

- I. Ajudar a garantir o pluralismo do CEP/HECAD;
- II. Garantir competência técnica ou especializada;
- III. Promover a justiça e a equidade na tomada de decisões.

Art. 9º Os membros efetivos, bem como os membros consultores "ad hoc", não poderão exercer atividades que possam caracterizar conflito de interesse.

Art. 10º Em caso de falta, a justificativa deverá ser apresentada formalmente, por e-mail ou memorando, antecipadamente ou até 5 (cinco) dias após a realização da reunião.

§ 1º Será dispensado, automaticamente, o membro que, com ou sem justificativa, deixar de comparecer a 4 (quatro) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas durante um ano, sendo solicitada nova indicação para sua substituição.

§ 2º Em caso de substituição de vacância ou afastamento de membros, o coordenador solicitará formalmente a substituição do membro excluído, convocando novos membros por meio de ato de designação.

SEÇÃO III

ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 11º Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do CEP/HECAD e, especificamente:

- I. Instalar e presidir suas reuniões;
- II. Suscitar o pronunciamento do CEP/HECAD quanto às questões relativas aos projetos de pesquisa;
- III. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- IV. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão, ouvido o plenário;

V. Convidar entidades, cientistas, técnicos e personalidades para colaborarem em estudos ou participarem como consultores "ad hoc" na apreciação de matérias submetidas ao CEP/HECAD, ouvido o plenário;

VI. Propor diligências consideradas imprescindíveis ao exame da matéria, ouvido o plenário;

VII. Encaminhar plano de trabalho anual e relatórios parciais à CONEP;

VIII. Estimular o contínuo aperfeiçoamento dos membros do CEP/HECAD em ética na pesquisa ou mesmo designar membros com a responsabilidade de cuidar de forma especial desta tarefa;

IX. Representar o CEP/HECAD em suas relações internas e externas.

Art. 12º Ao Coordenador Adjunto (secretário executivo) incumbe:

I. Substituir o Coordenador nas suas faltas ou impedimentos;

II. Prestar assessoramento ao Coordenador em matéria de competência do órgão;

III. Assistir às reuniões;

IV. Encaminhar e providenciar o cumprimento das deliberações do CEP/HECAD;

V. Organizar a pauta das reuniões;

VI. Receber as correspondências, projetos, denúncias ou outras matérias, dando os devidos encaminhamentos;

VII. Designar, conforme critérios estabelecidos e aprovados pelo plenário, relatores para os projetos com antecedência mínima de 10 (dez) dias da reunião;

VIII. Distribuir aos membros e manter em arquivo a memória das reuniões;

IX. Coordenar as atividades da secretaria, como organização de banco de dados, registro de deliberações, protocolo e outros;

X. Manter controle de prazos legais e regimentais referentes aos processos em análise;

XI. Elaborar relatório semestral das atividades do CEP/HECAD, que deverá ser encaminhado à CONEP no primeiro bimestre de cada semestre.

Art. 13º Aos membros incumbe:

- I. Estudar uma questão ou analisar um protocolo de pesquisa nos prazos estabelecidos e apresentar um relatório que permita ampla discussão dos aspectos éticos e metodológicos envolvidos;
- II. Comparecer às reuniões, relatando projetos de pesquisa, proferindo voto e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
- III. Requerer votação de matérias em regime de urgência;
- IV. Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao CEP/HECAD;
- V. Desempenhar atribuições que lhes forem conferidas;
- VI. Manter o sigilo das informações referentes aos processos apreciados.

Art. 14° Ao assistente administrativo incumbe:

- I. Atender aos pesquisadores e outros interlocutores;
- II. Receber, via Plataforma Brasil, protocolos de pesquisa com documentação completa;
- III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP/HECAD;
- IV. Assistir e distribuir a pauta das reuniões, bem como lavrar e assinar as atas de reuniões;
- V. Encaminhar o expediente;
- VI. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;
- VII. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- VIII. Receber e expedir a correspondência do CEP/HECAD.

Art. 15° A nomeação dos membros do CEP/HECAD será realizada por meio de processo seletivo interno, a partir da inscrição voluntária de pessoas que tenham interesse pelas atividades de pesquisa.

§ 1º De acordo com a Resolução CNS nº370/2007, o registro e o mandato dos membros do CEP/HECAD terão validade de 3 (três) anos, devendo ser renovado ao final desse período, sendo permitida a recondução.

§ 2º Não será permitida, a cada ano, a renovação de mais de metade dos membros do CEP/HECAD.

SEÇÃO V

FUNCIONAMENTO

Art. 16º O CEP/HECAD reunir-se-á ordinariamente em periodicidade mensal, de janeiro a dezembro, e extraordinariamente por convocação do seu Coordenador ou em decorrência de requerimento de metade mais um dos seus membros.

Art. 17º As reuniões serão realizadas com a presença mínima de metade mais um de seus membros e o CEP/HECAD apresentará o registro das presenças na lista de presença assinada no dia e na Ata da reunião realizada. O *quórum* para deliberações deve ser superior à 50% dos membros do Comitê (mínimo 50%+1).

Art. 18º Conforme define a Resolução CNS nº 466/2012, o conteúdo tratado durante todo o procedimento de análise dos protocolos tramitados no CEP/HECAD é de ordem estritamente sigilosa e suas reuniões são sempre fechadas ao público, exceto quando, por aprovação do Coordenador, seja solicitado a presença de membros "*ad hoc*", sendo sempre de caráter sigiloso.

Art. 19º A operacionalização do CEP/HECAD incluirá, dentre outros, a obrigatória capacitação, inicial e permanente, dos membros que o comporão, devendo a comprovação de tal capacitação ser encaminhada à CONEP.

Art. 20º As deliberações serão consignadas em pareceres emitidos pelo Coordenador, via Plataforma Brasil.

Art. 21º A pauta será preparada com inclusão das matérias definidas na reunião anterior e os protocolos de pesquisa apresentados para apreciação, em ordem cronológica de chegada.

Art. 22º A discussão será iniciada pelo relatório e parecer do relator, seguidas de outros membros que, voluntariamente, poderão apresentar seu ponto de vista.

Parágrafo único - Projetos Prospectivos e Intervencionistas com riscos altos ao participante da pesquisa deverão ser lidos por todos os membros relatores presentes na reunião, visando o aprimoramento da discussão e análise. Tais projetos serão sinalizados a todos membros via e-mail encaminhado pelo

assistente administrativo, até 10 (dez) dias antes da data da reunião e poderão ser visualizados através da Plataforma Brasil.

Art. 23º Os relatores poderão solicitar as diligências necessárias ao esclarecimento do projeto proposto para análise.

Parágrafo único - Após entrar em pauta, o projeto deverá ser, obrigatoriamente, votado no prazo máximo de até 2 (duas) reuniões.

Art. 24º O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto ao assunto do projeto em análise, poderá pedir recusa, propor diligências ou adiamento da discussão ou da votação, devendo oferecer parecer até a reunião seguinte, desde que não ultrapasse o prazo de 30 dias a partir da aceitação na integralidade dos documentos do protocolo, conforme a Norma Operacional nº 001/2013.

Art. 25º Não deverão participar das deliberações do CEP/HECAD no momento da apreciação dos projetos de pesquisa os membros do Colegiado neles diretamente envolvidos.

Art. 26º Em caso de greve ou recesso institucional, cabe ao CEP/HECAD:

I. Informar imediatamente à CONEP por meio do e-mail conep.cep@saude.gov.br, conforme Carta Circular CONEP nº 244/2016;

II. Comunicar a situação à comunidade de pesquisadores e às instâncias institucionais correlatas (por exemplo: comissões de pós-graduação, centro de pesquisa clínica, dentre outros), informando se a tramitação dos protocolos permanecerá paralisada (parcial ou totalmente);

III. Comunicar aos participantes da pesquisa e seus representantes o tempo de duração estimado de paralisação e as formas de contato com a CONEP, de modo que permaneçam assistidos em casos de dúvidas sobre a eticidade e apresentação de denúncia durante todo o período da greve;

IV. Em relação aos projetos de caráter acadêmico (TCC, mestrado e doutorado), adequar devidamente os prazos dos alunos, de acordo com a situação de cada um, caso haja atraso na avaliação ética pelo CEP/HECAD;

V. Após o período de paralisação e recesso institucional, o CEP/HECAD deverá informar à CONEP quais as providências que serão adotadas para regularizar a atuação quanto à tramitação de protocolos para apreciação ética.

Parágrafo único - Em casos extraordinários, como no caso de pandemias, com o devido consentimento da CONEP, serão realizadas reuniões por videoconferência.

Art. 27º O atendimento do CEP/HECAD ao público em geral e aos pesquisadores será realizado da seguinte forma:

- Dias: segunda-feira à sexta-feira;
- Horários: 08:00h às 13:00h e 14:00h às 17:00h;
- Local: HECAD - Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO, CEP: 74863-025;
- Telefone para contato: (62) XXXX-XXXX;
- E-mail institucional: XXXXXX.

SEÇÃO VI

PROCESSO DE MONITORAMENTO DO CEP/HECAD

Art. 28º O CEP/HECAD será monitorado pela CONEP:

I. Pela análise do relatório semestral do CEP/HECAD, por meio de análise na Plataforma Brasil;

II. Por visitas de inspeção deliberadas pela Coordenação da CONEP, realizadas por membros da CONEP e CNS, que poderão ocorrer a qualquer momento, com ou sem aviso prévio ao CEP/HECAD;

III. Através de denúncias oriundas de pesquisadores, participantes das pesquisas, membros de CEP/HECAD e da CONEP e outros.

SEÇÃO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 29º O Regimento Interno do CEP/HECAD deverá ser aprovado por sua plenária, com *quórum* mínimo de dois terços dos membros, comprovando-se por meio de assinatura ou ata da reunião que o aprovou.

Art. 30º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento serão dirimidos pelo CEP/HECAD em reunião.

Art. 31º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

2.1.18.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Ética e Pesquisa

Tabela 37 - Cronograma de Atividade Anual do CEP.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comitê	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Aprovação do Regimento Interno	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reuniões ordinárias mensais da Comitê	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para a CONEP	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.19. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

2.1.19.1. Proposta de Constituição da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

Membros e Finalidade

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - EMTN do HECAD será uma Comissão que normatizará o processo de Terapia Nutricional da Unidade, com a finalidade de atender os preceitos das seguintes portarias:

- Portaria do MS/SNVS nº 272, de 08 de abril de 1998;
- Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA nº 503, de 27 de maio de 2021;

- Portaria Interministerial nº 2400/2007, de 02 de outubro de 2007.

O objetivo da EMTN será o de garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão.

A EMTN do HECAD será composta por colaboradores da Unidade que exercerão as funções de:

- Coordenador Técnico-Administrativo;
- Coordenador Clínico;
- Secretário; e,
- Outros membros.

2.1.19.2. Proposta de Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

REGIMENTO INTERNO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º Para este regimento considera-se:

I. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional: grupo formal e obrigatoriamente constituído de, pelo menos, um profissional de cada categoria, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, conforme prevê RDC nº 63, de 6 de julho de 2000.

II. Terapia Nutricional - TN: conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral - NP ou Nutrição Enteral - NE.

III. Terapia de Nutrição Enteral - TNE: conjunto de procedimentos terapêuticos paramanutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de NE.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à EMTN do HECAD:

- I. Criar mecanismos para que se desenvolvam as etapas de triagem e vigilância nutricional para pacientes submetidos a terapia nutricional enteral e parenteral;
- II. Definir condições adequadas de indicação, prescrição, preparação, conservação, transporte, administração, controle clínico e laboratorial, e avaliação final da terapia nutricional, visando obter os benefícios máximos do procedimento e evitar riscos;
- III. Desenvolver, rever e atualizar normas, protocolos institucionais, fluxogramas e procedimentos abordando a terapia nutricional parenteral e enteral;
- IV. Implantar e difundir ações que promovam a segurança do paciente em terapia nutricional;
- V. Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;
- VI. Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem e vigilância nutricional em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN;
- VII. Planejar as ações de educação permanente da comissão, em consonância com as diretrizes de Segurança do Paciente e demais normas institucionais, desenvolvendo de forma permanente, atividades de caráter técnico-científico em prol do cumprimento das metas propostas;
- VIII. Padronizar e avaliar os indicadores de estrutura, processo e resultado, relacionados à terapia nutricional, apontando necessidade de melhoria, mediante preparação de plano de ação e acompanhamento de seu cumprimento.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 3º São atribuições do Coordenador Técnico-Administrativo da EMTN:

- I. Assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da Comissão, visando prioritariamente a qualidade e efetividade da TN;

- II. Representar a equipe em assuntos relacionados com a TN;
- III. Gerenciar os protocolos assistenciais relacionados à TN;
- IV. Promover e presidir todas as reuniões da Comissão;
- V. Fazer cumprir o Regimento Interno;
- VI. Emitir, nas decisões da Comissão, além do seu voto, o “voto de minerva”, quando necessário.

Art. 4º Ao Coordenador Clínico da EMTN cabe assumir as atribuições do Coordenador Técnico-Administrativo em suas ausências e impedimentos.

Art. 5º São atribuições do Secretário da EMTN:

- I. Assistir às reuniões;
- II. Preparar o expediente das reuniões e encaminhar as pautas aos seus membros;
- III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões;
- IV. Lavrar e assinar as atas das reuniões mensais da Comissão;
- V. Registrar a ata por meio de processo eletrônico no *e-doc*;
- VI. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador Técnico-Administrativo;
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador Técnico-Administrativo relacionadas à comissão.

Art. 6º São atribuições dos Membros da EMTN:

- I. Conhecer, integralmente, o Regimento Interno e cumprir as normas nele estabelecidas;
- II. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito dos assuntos em discussão;
- III. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação, revisão, manutenção e desenvolvimento da Equipe;

IV. Atuar como agente multiplicador;

V. Implementar e supervisionar as diretrizes instituídas nos protocolos assistenciais elaborados pela Equipe;

VI. Comunicar à equipe da Equipe sobre trabalhos realizados na sua área de atuação, relacionados à TN;

VII. Participar de programa de treinamento, eventos e trabalhos científicos relacionados à TN;

VIII. Apresentar sugestões sobre assuntos referentes à Comissão.

Art. 7º Para realização dos trabalhos da Equipe, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais pelo tempo necessário à participação nas reuniões e execução das atividades definidas.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 8º A EMTN do HECAD reunir-se-á ordinariamente, minimamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, todas as vezes que se fizer necessário, mediante convocação prévia com, no mínimo, 72 horas para as reuniões ordinárias e 24 horas para as extraordinárias.

Art. 9º As reuniões da Equipe deverão ser registradas em ata padronizada, contendo pauta, decisões tomadas e encaminhamentos, devendo ser assinada por todos os membros presentes.

Art. 10º A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa, ou em 6 (seis) reuniões, não consecutivas, sem justificativa, durante 12 meses gerará sua substituição automática.

Art. 11º Os participantes da Equipe deverão ser liberados das atividades desse setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão.

Art. 12º Na ausência do Coordenador Técnico-Administrativo, o Coordenador Clínico conduzirá a reunião.

Art. 13° As decisões da Equipe serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos votos dos membros presentes.

Art. 14° Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um Relator ou será convidado um Consultor (interno ou externo), o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma, poderão ser convidados outros profissionais para participar das reuniões.

Art. 15° Os assuntos tratados pela Equipe deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16° Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pelos membros da EMTN, em conjunto com a Diretoria Técnica da Instituição.

Art. 17° Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou qualquer necessidade identificada pela EMTN ou Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 18° O Regimento Interno entrará em vigor após ser aprovado pela EMTN e pela Diretoria Geral do HECAD.

2.1.19.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional

Tabela 38 - Cronograma de Atividade Anual da EMTN.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta da Comissão.	1.1. Realização de workshop	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Funcionamento da Comissão.	2.1. Reuniões Ordinárias 2.2. Reuniões Extraordinárias 2.3. Realização de Diligências	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais 3.2. Realizar análise crítica dos dados 3.3. Avaliar ações de melhoria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Publicização das demandas recebidas.	4.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Relatório anual de atividades.	5.1. Disponibilizar o relatório com os dados referentes a Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.20. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

2.1.20.1. Proposta de Constituição do Comissão de Proteção Radiológica

Membros e Finalidades

A radioproteção é uma área dedicada, exclusivamente, à proteção dos indivíduos contra possíveis efeitos indesejados provenientes da utilização de radiações ionizantes na área médica. Ela visa fornecer um nível apropriado de proteção para o homem sem prejudicar os benefícios provenientes das práticas que utilizam os raios ionizantes.

A constituição da Comissão de Proteção Radiológica no HECAD justifica-se na medida em que se busca estruturar e organizar a Unidade, em conformidade com a RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019, que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica aos envolvidos no processo de radiodiagnóstico.

Para a composição desta Comissão no HECAD, propõe-se os seguintes membros, a saber:

- 1 (um) representante da Supervisão Médica;
- 1 (um) representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT;

- 1 (um) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;
- 1 (um) representante do Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio-Palatinas-CERFIS.

2.1.20.2. Proposta de Regimento Interno do Comissão de Proteção Radiológica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

E OBJETIVOS

Art. 1º Este Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD apresenta-se como um componente da Política Nacional de Proteção Radiológica e Segurança na Área de Radiodiagnóstico, em consonância com a Política Nacional de Saúde e RDC nº 330, de 20 de dezembro de 2019.

Art. 2º A Comissão de Proteção Radiológica do HECAD terá como objetivos:

I. Disciplinar a prática em radiodiagnóstico médica e odontológica, visando a defesa da saúde dos pacientes do HECAD, dos profissionais e do público em geral;

II. Definir responsabilidades e apresentar as regras básicas aplicáveis aos vários segmentos envolvidos, incluindo fornecedores, prestadores de serviços, autoridades sanitárias e profissionais da área.

Parágrafo único - O escopo e os requisitos estabelecidos neste Regimento são baseados nas recomendações da Comissão Internacional de Proteção Radiológica e nas recentes Diretrizes Básicas Internacionais de Proteção Radiológica e Segurança estabelecidas em conjunto pela Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Internacional do Trabalho, Organização de Alimento e Agricultura, Agência de Energia Nuclear e Agência Internacional de Energia Atômica; e consideram os requisitos e

recomendações relevantes publicados por diversos organismos nacionais e internacionais, além de autoridades sanitárias brasileiras.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 3º A Comissão de Proteção Radiológica do HECAD terá composição multiprofissional e será designada em Ato Administrativo do Diretor Geral da Unidade, quais sejam:

- 1 (um) representante da Supervisão Médica;
- 1 (um) representante do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT;
- 1 (um) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;
- 1 (um) representante do Centro de Reabilitação de Fissuras Lábio-Palatinas-CERFIS.

§ 1º A substituição de membros dar-se-á, também, por Ato Administrativo.

§ 2º A ausência de um membro da Comissão a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em substituição.

§ 3º A Comissão ficará subordinada à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade.

Art. 4º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou a requerimento da maioria simples de seus Membros.

§ 1º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus Membros, devendo ser verificado o *quórum* em cada sessão antes de cada votação.

§ 2º As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação na primeira sessão seguinte.

§ 3º As deliberações serão consubstanciadas em notas endereçadas à Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade.

§ 4º É facultado ao Presidente e aos Membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão tomada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 5º As reuniões da Comissão obedecerão à seguinte rotina:

- I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado por ele;
- II. Verificação de presença e existência de *quórum*;
- III. Leitura, aprovação e assinatura de ata da reunião anterior;
- IV. Leitura e despacho do expediente;
- V. Ordem do Dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 6º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas das tomadas de decisões e registro em atas.

Art. 7º Após a leitura do parecer, o Presidente, ou seu substituto, deverá submetê-lo à discussão, dando a palavra aos Membros que a solicitarem.

§ 1º O Membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3º Após entrar em pauta, a matéria deverá, obrigatoriamente, ser votada no prazo máximo de 1 (uma) reunião.

Art. 8º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 9º As deliberações serão divulgadas por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10º São atribuições do Presidente da Comissão de Proteção Radiológica do HECAD, além de outras instituídas neste Regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II. Indicar seu Vice-Presidente e o Secretário;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à documentação e dados estatísticos;
- V. Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do “voto de minerva”;
- VI. Indicar Membros, pertencentes ou não à Comissão, para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 11º Caberá aos Membros da Comissão de Proteção Radiológica do HECAD:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 12º Caberá ao Secretário da Comissão de Proteção Radiológica do HECAD:

- I. Organizar a Ordem do Dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Providenciar a execução das decisões determinadas;

IV. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VI. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;

VII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverão conter a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º Compete à Comissão de Proteção Radiológica do HECAD:

I. Definir um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade e segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos;

II. Implementar um programa de garantia de qualidade para que o prestador de serviço de radiodiagnóstico demonstre à sociedade o seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais que dispõem sobre a matéria;

III. Aplicar reavaliações de práticas, de instalações, de equipamentos, de procedimentos e da qualificação profissional (Programa de Proteção Radiológica - PPR);

IV. Fortalecer ações preventivas no esforço da capacitação e certificação na área radiodiagnóstico;

V. Verificar o seguimento e atualização de informações, controle de qualidade dos equipamentos e avaliação de dosimetria dos colaboradores e residentes/estagiários que frequentarem o setor diagnóstico;

VI. Atualizar este documento quanto às normas complementares e outros desdobramentos relativos aos aspectos específicos de detalhamento técnico e de implementação deste Regimento;

VII. Definir, em ato normativo, os critérios padronizados para a comprovação da capacitação dos profissionais, no que se refere aos aspectos de segurança e proteção radiológica na Unidade;

VIII. Monitorar os colaboradores quanto ao uso obrigatório dos dosímetros e Equipamentos de Proteção Individual - EPI e quanto à participação efetiva nos cursos de treinamento e capacitação;

IX. Integrar as demais Comissões da Unidade, quando for pertinente.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º A Diretoria do HECAD proporcionará a infraestrutura necessária para assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensáveis à eficiência da Comissão.

Art. 15º A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 16º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, em cotejo com a Diretoria Administrativa e Financeira da Unidade.

Art. 17º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências.

2.1.20.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comissão de Proteção Radiológica

Tabela 39 - Cronograma de Atividade Anual da CPR.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno	■											
2. Reunião de planejamento anual		■										
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para Direção Administrativa e Financeira			■			■			■			■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.21. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

2.1.21.1. Proposta de Constituição do Comissão de Biossegurança

Membros e finalidades

A biossegurança nas instituições de saúde é essencial para a construção e a manutenção das medidas técnicas, administrativas e normativas que visam prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente.

Questões como medidas de controle de infecção e sensibilização dos profissionais da importância da preservação do meio ambiente na manipulação e no descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes podem levar a redução geral de risco à saúde e acidentes ocupacionais.

A transmissão de microrganismos no ambiente do serviço de saúde pode acontecer de pacientes colonizados ou infectados para pacientes suscetíveis, profissionais de saúde e familiares. Para a proteção dos profissionais de saúde são recomendados cuidados específicos, de acordo com o tipo de exposição do trabalhador.

A Comissão de Biossegurança do HECAD justifica-se na medida em que se propõe a promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na Unidade. Com a constituição desta Comissão pretende-se, ainda, sensibilizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetam diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Para a composição desta comissão no HECAD, propõe-se:

- 1 (um) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT;
- 1 (um) representante do Serviço de Enfermagem;
- 1 (um) representante da Imagiologia do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT;
- 1 (um) representante do Laboratório do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT;

- 1 (um) representante da Gerência de Operações;
- 1 (um) representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH.

2.1.21.2. Proposta de Regimento Interno do Comissão de Biossegurança

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES,

OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1º O presente Regimento Interno tem por objetivo reger a composição, as atribuições, a estrutura, as competências e o funcionamento da Comissão de Biossegurança no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

§ 1º O ponto central da biossegurança é a adoção de medidas de contenção que sejam capazes de conter o perigo associado aos agentes biológicos que possuem distinto potencial de risco e são classificados em classes de risco, que variam de 1 (um) a 4 (quatro), levando-se em conta o agravo ou dano que representam para a saúde e para o ambiente.

§ 2º O objetivo da contenção é prevenir, reduzir ou eliminar a exposição de profissionais, de usuários do sistema de saúde, da população em geral e do ambiente aos agentes potencialmente perigosos.

§ 3º A contenção física envolve a estrutura física, equipamentos de proteção (individuais e coletivos) e procedimentos para prevenir o contato e disseminação de agentes de risco.

§ 4º A contenção biológica inclui a imunização e a seleção de agentes biológicos e hospedeiros que minimizem o risco em caso de exposição aos mesmos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO,

MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 2º A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional, sendo designada em Ato Administrativo da Diretoria Técnica do HECAD, contendo:

I.1 (um) representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT;

II.1 (um) representante do Serviço de Enfermagem;

III.1 (um) representante da Imaginologia do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT;

IV.1 (um) representante do Laboratório do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT;

V.1 (um) representante da Gerência de Operações;

VI.1 (um) representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH.

§ 1º A substituição de membros dar-se-á, também, por Ato Administrativo.

§ 2º A ausência de um membro da Comissão a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em substituição.

§ 3º A Comissão ficará subordinada à Diretoria Técnica da Unidade.

Art. 3º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou a requerimento da maioria simples de seus Membros.

§ 1º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus Membros, devendo ser verificado o *quórum* em cada sessão, antes de cada votação.

§ 2º As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 3º As deliberações serão consubstanciadas em notas endereçadas à Diretoria Técnica do HECAD.

§ 4º É facultado ao Presidente e aos Membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão tomada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 4º As reuniões da Comissão de Biossegurança do HECAD obedecerão à seguinte rotina:

- I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado por ele;
- II. Verificação de presença e existência de *quórum*;
- III. Leitura, aprovação e assinatura de ata da reunião anterior;
- IV. Leitura e despacho do expediente;
- V. Ordem do Dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 5º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas das tomadas de decisões e registro em atas.

Art. 6º Após a leitura do parecer, o Presidente ou seu substituto deverão submetê-lo à discussão, dando a palavra aos Membros que a solicitarem.

§ 1º O Membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3º Após entrar em pauta, a matéria deverá, obrigatoriamente, ser votada no prazo máximo de uma reunião.

Art. 7º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 8º As deliberações serão divulgadas por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9º São atribuições do Presidente da Comissão de Biossegurança do HECAD, além de outras instituídas neste Regimento Interno ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I.Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II.Indicar seu Vice-Presidente e o Secretário;
- III.Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV.Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à documentação e dados estatísticos no âmbito da biossegurança;
- V.Participar das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do “voto de minerva”;
- VI.Indicar Membros, pertencentes ou não à Comissão, para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão.

Art. 10º Caberá aos Membros da Comissão de Biossegurança do HECAD:

- I.Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II.Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III.Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV.Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V.Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos à biossegurança que lhe forem enviados;
- VI.Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

Art. 11º Caberá ao Secretário da Comissão de Biossegurança do HECAD:

- I.Organizar a Ordem do Dia;
- II.Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III.Providenciar a execução das decisões determinadas;

IV.Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

V.Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VI.Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;

VII.Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverão conter a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 12º Compete à Comissão de Biossegurança do HECAD:

I.Definir um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de biossegurança no HECAD, a curto, médio e longo prazos;

II.Implementar ações preventivas de contenção primária – proteção dos profissionais e dos usuários contra a exposição aos agentes de risco, geralmente alcançada pelo uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual – EPI e pela implementação das Boas Práticas de Laboratório, além de incluir a imunização como fator de proteção;

III.Implementar ações preventivas de contenção secundária – proteção do ambiente contra a exposição aos agentes de risco. Esse nível de contenção inclui a adoção de medidas e práticas relacionadas:

- a) à adequação das instalações e da infraestrutura do local de trabalho;
- b) ao uso adequado de equipamentos de segurança;
- c) à adoção de técnicas e práticas de trabalho em conformidade com a classe de risco do agente manipulado, e;
- d) à proteção individual.

IV.Sensibilizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetam diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados;

- V. Atualizar, quanto às normas complementares e outros desdobramentos, dados dispostos por órgãos de saúde no âmbito da biossegurança;
- VI. Definir, em ato normativo, os critérios padronizados para a comprovação da capacitação dos profissionais, no que se refere aos aspectos de biossegurança;
- VII. Sugerir normas para melhoria da biossegurança no HECAD;
- VIII. Realizar visitas inspecionais nos setores no objetivo de identificar situações/problemas;
- IX. Acompanhar, junto ao SESMT e SCIH, as notificações de acidentes com material biológico, na perspectiva de redução de recorrência dos casos;
- X. Integrar as demais Comissões da Unidade, quando pertinente.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º A Diretoria do HECAD proporcionará a infraestrutura necessária para assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensáveis à eficiência da Comissão.

Art. 14º A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 15º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, em cotejo com a Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 16º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.21.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comissão de Biossegurança

Tabela 40 - Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Biossegurança.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reuniões ordinárias bimestrais da Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.22. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

2.1.22.1. Proposta de Constituição da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

Membros e Finalidades

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

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

A COPPS será composta pelos seguintes membros, a saber:

- 1 (um) representante da Central de Material e Esterilização - CME;
- 1 (um) representante da Enfermagem;
- 1 (um) representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;

- 1 (um) representante médico do Centro Cirúrgico - CC;
- 1 (um) representante da empresa Prestadora de Serviços Terceirizados da CME.

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

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTO PARA SAÚDE

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA E FINALIDADE

Art.1º A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde - COPPS do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD tem como objetivo subsidiar as tomadas de decisões relacionadas à Padronização de Produtos para a Saúde, visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos na Unidade.

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

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DA COMPETÊNCIA

Art. 5º Compete à COPPS do HECAD:

I. Definir os produtos para saúde a serem padronizados para processamento na CME do HECAD ou que necessitem de processamento por empresas terceirizadas;

II. Definir critérios de aceitabilidade de produtos para saúde não pertencentes à Unidade;

III. Estabelecer critérios de avaliação das empresas para o fornecimento de produtos para saúde e proceder a sua avaliação, sempre que julgar necessário;

IV. Participar da especificação para a aquisição de produtos para a saúde, equipamentos e insumos a serem utilizados no processamento de produtos para saúde;

V. Participar da especificação para a aquisição de produtos para saúde a serem processados pela CME;

VI. Analisar e aprovar as propostas de melhorias relacionadas a padronização de produtos para a saúde definidas pela empresa responsável pela gestão do serviço;

VII. Manter registros das reuniões realizadas e decisões tomadas.

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E DAS ATRIBUIÇÕES

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

a) Do Presidente

I. Presidir e coordenar os trabalhos da Comissão;

II. Convocar reuniões ordinárias e/ou extraordinárias, quando necessário;

III. Representar a Diretoria do HECAD, sempre que necessário, no que se refere a padronização de produtos para saúde, perante outras entidades;

- IV. Apresentar para a Comissão o diagnóstico da necessidade de padronização ou despadronização de produtos;
- V. Submeter à Comissão as justificativas para aceitação ou rejeição de reuso de materiais comercializados como de uso único;
- VI. Analisar as propostas de aquisição de inovações tecnológicas a serviço da CME para otimizar o processo de trabalho;
- VII. Compartilhar com a Comissão a escolha da empresa terceirizada para esterilização de produtos termossensíveis, quando necessário;
- VIII. Discutir com a Comissão eventos adversos relacionados a padronização de produtos para saúde na Unidade;
- IX. Elaborar pauta das reuniões da Comissão em meio eletrônico;
- X. Garantir, junto à direção do HECAD, o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação Municipal, Estadual e Distrital;
- XI. Cumprir e fazer cumprir as determinações das normas vigentes;
- XII. Cumprir e fazer cumprir as decisões da COPPS no HECAD.

b) Dos demais Membros da Comissão:

- I. Envolver e auxiliar na busca de soluções para todos os problemas apresentados pelo presidente da Comissão nas reuniões ordinárias e/ou extraordinárias;
- II. Apoiar as propostas de implementação do programa de trabalho da CME;
- III. Envolver na melhoria de padronização de produtos, como serviço competente;
- IV. Zelar pelo cumprimento de metas a curto, médio e longo prazo estabelecidas pela Comissão;
- V. Aprovar e fazer cumprir o Regimento Interno da COPPS do HECAD;
- VI. Garantir, junto à Diretoria do HECAD, o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação Municipal, Estadual e Distrital;
- VII. Cumprir e fazer cumprir as determinações das normas vigentes;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir as decisões da COPPS do HECAD.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

2.1.22.3. Proposta de Cronograma da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

Tabela 41 - Cronograma de Atividade Anual da COPPS.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reuniões ordinárias mensais da Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.23. COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE

2.1.23.1. Proposta de Constituição da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele

Membros e Finalidade

A Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele - CPCIP constituir-se-á em uma junta consultiva do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, que terá a finalidade de regulamentar as ações de prevenção e tratamento bem como a padronização dos insumos na Unidade.

A CPCIP será composta por:

- Presidente, Vice-Presidente e Secretário, que deverá ser um enfermeiro assistencial;
- 1 (um) representante médico, que deverá ser cirurgião para abordagem de lesões complexas;

- Enfermeiros assistenciais multiplicadores para os diversos setores da Unidade;
- Membros consultores: Médico Infectologista e Nutricionista;
- Membros convidados: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP.

2.1.23.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE

CAPÍTULO I

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 1º Compete à Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele - CPCIP do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

I. Planejar, organizar, executar e avaliar a assistência em enfermagem aos pacientes com risco de lesão e/ou lesão de pele;

II. Elaborar, aprovar, implementar os Procedimentos Operacionais Padrão - POP de assistência ao cliente com lesão de pele;

III. Elaborar treinamentos e/ou visita técnica para obter capacitação adequada para os participantes e multiplicadores;

IV. Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível;

V. Realizar ações que busquem reduzir o tempo de internação do paciente e os custos hospitalares, otimizando o uso de coberturas e materiais na realização de curativos;

VI. Padronizar novos produtos ou tratamentos, baseado em evidências científicas;

VII. Analisar parecer de produtos de coberturas e insumos relacionados a prevenção e tratamento.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Art. 2º São atribuições do Presidente da CPCIP do HECAD:

- I. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- II. Estabelecer a pauta das reuniões;
- III. Dirigir os trabalhos da Comissão;
- IV. Distribuir tarefas entre os membros da Comissão;
- V. Representar a Comissão perante os demais órgãos do HECAD, subscrevendo seus atos;
- VI. Indicar o seu substituto, entre os membros da Comissão.

Art. 3º São atribuições do Vice-Presidente da CPCIP do HECAD:

- I. Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão, na ausência do Presidente;
- II. Estabelecer a pauta das reuniões;
- III. Dirigir os trabalhos da Comissão;
- IV. Distribuir tarefas entre os Membros da Comissão;
- V. Representar a Comissão perante os demais órgãos do HECAD, na ausência do Presidente, subscrevendo seus atos.

Art. 4º São atribuições do Secretário da CPCIP do HECAD:

- I. Presidir as reuniões na impossibilidade do Presidente e do Vice-Presidente;
- II. Registrar em ata todas as resoluções da Comissão;
- III. Expedir documentação da CPCIP, mantendo as cópias em arquivo.

Art. 5º Aos demais Membros da CPCIP do HECAD compete:

- I. Realizar consulta de enfermagem;
- II. Realizar avaliação semanal, de acordo com a escala padronizada pela Comissão;
- III. Prescrever assistência e coberturas utilizadas para tratamento;
- IV. Planejar os cuidados de enfermagem em pacientes com maior complexidade técnica e que exijam conhecimento específico;

- V. Avaliar risco de lesão através da Escala de *Braden*;
- VI. Alterar, sempre que necessário, a cobertura utilizada para o tratamento, após avaliação da lesão de pele;
- VII. Registrar a evolução de enfermagem em prontuário e realizar registro do acompanhamento em ferramenta de controle definida pela Comissão;
- VIII. Elaborar protocolos e implementá-los para a melhoria da assistência aos pacientes com lesão de pele;
- IX. Orientar pacientes e familiares em relação aos cuidados com a lesão após alta hospitalar;
- X. Participar de reunião mensal para discussão de casos e busca da melhoria contínua;
- XI. Orientar e capacitar os enfermeiros responsáveis pela realização de curativo diário.

Art. 6º São atribuições do Médico da CPCIP do HECAD:

- I. Realizar avaliação das lesões de alta complexidade e/ou que necessite de intervenção cirúrgica;
- II. Avaliar, clinicamente e solicitar exames adequados para a otimização da cicatrização em feridas crônicas e/ou difícil cicatrização.

Art. 7º É atribuição dos Membros Consultores da CPCIP do HECAD estar à disposição da Comissão para discussão de casos clínicos e/ou contribuir em caráter terapêutico e técnico-científico para proporcionar a assistência de qualidade aos pacientes do HECAD.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 8º A Comissão reunir-se-á, mensalmente e, extraordinariamente, de acordo com a convocação do Presidente, constando a pauta da reunião.

Art. 9º Para tomada de decisões nas reuniões ordinárias e extraordinárias é imprescindível que a maioria dos Membros da Comissão esteja presente (50%+1).

Art. 10º O Membro que não comparecer às reuniões ordinárias por 3 (três) vezes consecutivas ou alternadas sem justificativa, poderá ser destituído da Comissão.

Art. 11º Para cada reunião realizada, deverá ser lavrada ata, subscrita pelos presentes.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12º Este Regimento Interno poderá ser modificado por proposição da Diretoria Geral e Diretoria Administrativa e Financeira do HECAD, bem como dos Membros da própria Comissão.

Art. 13º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão em reunião para isto convocada.

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

Art. 15º Revogam-se as disposições em contrário.

2.1.23.3. Proposta de Cronograma Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele

Tabela 42 – Cronograma de Atividade Anual da CPCIP.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta da Comissão	1.1. Realização de workshop.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Funcionamento da Comissão	2.1. Reuniões Ordinárias; 2.2. Reuniões Extraordinárias; 2.3. Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais; 3.2. Realizar análise crítica dos dados; 3.3. Avaliar ações de melhoria.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Elaborar plano com medidas de prevenção e cuidados com a pele.	4.1 Realizar treinamentos periódicos com a equipe assistencial	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Publicização das demandas recebidas.	5.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Relatório anual de Atividades	6.1 Disponibilizar o relatório com os dados referentes a Comissão	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.24. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

2.1.24.1. Proposta de Constituição do Núcleo Interno de Regulação

Membros e Finalidade

O Núcleo Interno de Regulação - NIR do HECAD será uma unidade técnico-administrativa subordinada à Diretoria Geral da Unidade.

O Núcleo terá por finalidade gerenciar todas as vagas ofertadas de acordo com o perfil da Unidade, monitorar os fluxos dos pacientes desde o atendimento da solicitação ambulatorial e internação, movimentação interna e externa até a saída hospitalar e propiciar a interface com as centrais de regulação.

A sua atuação consistirá na oferta de vagas de consultas ambulatoriais, terapias especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, agendas cirúrgicas e leitos de internação, de forma a atender a demanda regulada, em conformidade com o perfil assistencial contratualizado pela unidade.

A composição do NIR do HECAD será dimensionada de acordo com o trabalho e grau de atuação que a Unidade demandar. Sua estrutura contará com uma equipe multiprofissional, a saber:

- Coordenador;
- Médico Regulador;
- Enfermeiro Horizontal;
- Enfermeiros Plantonistas;
- Assistentes Administrativos.

Além disso, o NIR do HECAD terá, ainda, uma equipe responsável pela Central de Agendamentos e Confirmações como unidade de apoio à gestão de acesso.

2.1.24.2. Proposta de Regimento Interno do Núcleo Interno de Regulação

REGIMENTO INTERNO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 1º Compete ao Núcleo Interno de Regulação – NIR do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

- I. Promover a comunicação efetiva entre a Unidade e a regulação de acesso (Complexos Reguladores e Centrais de Regulação);
- II. Regular e gerenciar de forma contínua as diferentes ofertas hospitalares – consultas ambulatoriais, terapias especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, agendas cirúrgicas e leitos de internação;
- III. Monitorar o fluxo dos pacientes, desde o atendimento da solicitação da vaga pelo Complexo Regulador para demanda regulada, perpassando sua chegada à Instituição até a sua saída hospitalar, envolvendo todo o processo de internação e sua movimentação interna e externa;
- IV. Elaborar protocolos do fluxo de regulação de acesso, de acordo com as legislações vigentes e critérios do Ministério da Saúde e participar da

implantação e/ou revisão dos protocolos/diretrizes assistenciais e/ou administrativos na Unidade;

V. Otimizar a ocupação dos leitos hospitalares, salas cirúrgicas e ambulatórios, mantendo a taxa de ocupação em limites adequados;

VI. Desenvolver estratégias para redução do tempo de espera para cirurgias e otimizar o planejamento das agendas cirúrgicas;

VII. Realizar o monitoramento dos indicadores: taxa de ocupação operacional, tempo médio de permanência em leito de internação, índice de intervalo de substituição de leito, tempo médio de espera por atendimento ambulatorial, a fim de subsidiar a gestão do acesso na Unidade;

VIII. Subsidiar discussões que permitam o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil assistencial ofertado;

IX. Monitorar os dados com a finalidade de diminuir o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos ou adiados por razões técnicas e/ou administrativas;

X. Auxiliar a gestão quanto ao planejamento, controle e o uso racional de Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPME;

XI. Subsidiar a direção da Unidade de informações relacionadas às conformidades e não conformidades da gestão de acesso para a tomada de decisão estratégica;

XII. Qualificar os fluxos de acesso aos serviços e processos de trabalho internos e promover a permanente articulação das equipes multiprofissionais, a fim de garantir a integralidade do cuidado.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 2º Ao Coordenador do NIR do HECAD compete:

I. Coordenar os sistemas de informações e monitorar os dados dos fluxos regulatórios, utilizando as ferramentas disponíveis, a fim de promover a articulação da Unidade com as Centrais de Regulação e Secretarias de Saúde, diariamente;

- II. Apropriar das informações do sistema de saúde, efetuando comunicação com as Centrais de Regulação e alta gestão da Unidade, a fim de subsidiar a tomada de decisão estratégica para adequada oferta e demanda, contratualizações e/ou planejamento da capacidade operacional dos serviços, sempre que necessário;
- III. Coordenar a execução das atividades desenvolvidas pelo serviço, avaliando e monitorando os resultados, para promover constante melhoria dos processos;
- IV. Promover a articulação do serviço com as áreas assistenciais, realizando reuniões e comunicados, de forma a garantir a integralidade do cuidado e a otimização dos fluxos de acesso do usuário, sempre que necessário.
- V. Coordenar e monitorar os indicadores de desempenho, analisando os resultados e desenvolvendo ações, para garantir a qualidade do serviço e eficiência, diariamente;
- VI. Contribuir com o desenvolvimento da equipe, utilizando ferramentas de gestão de pessoas, para promover a qualidade e eficiência na execução das atividades, sempre que necessário;
- VII. Planejar, programar e sistematizar os processos de trabalho, utilizando normas técnicas e diretrizes de suportes, a fim de padronizar as atividades e instrumentalizar os profissionais, sempre que necessário;
- VIII. Planejar e promover programa de educação permanente, por meio de treinamentos e capacitações, a fim de desenvolver e qualificar as equipes de trabalho, promovendo melhorias e resultados, mensalmente;
- IX. Acompanhar tratativas nos registros de ponto da equipe, utilizando sistemas de informática e/ou ferramentas institucionais disponíveis, garantindo o gerenciamento da assiduidade e pontualidade dos colaboradores, mensalmente;
- X. Acompanhar as escalas de trabalho e programação de férias, alimentando e analisando os dados em planilhas, documentos da qualidade e sistemas institucionais, para realizar a distribuição assertiva do quadro de colaboradores, diariamente.

Parágrafo único – Na ausência do Coordenador do NIR do HECAD, suas funções poderão ser designadas ao Supervisor de Atendimento da Central de Agendamentos e Confirmações e/ou Enfermeiro Horizontal do NIR.

Art. 3º Ao Médico Regulador do NIR do HECAD compete:

I. Realizar atividades de regulação intra-hospitalar, por meio de avaliação das solicitações de internação, conforme perfil institucional e disponibilidade de leitos, a fim de garantir o acesso adequado do paciente na unidade, diariamente;

II. Analisar as solicitações de Autorizações de Internação Hospitalar - AIH, Autorizações de Procedimentos Alta Complexidade - APAC, encaminhamentos de referência e contrarreferência, através das fichas padronizadas pelo sistema de saúde, a fim de validar as informações e garantir a correta solicitação, diariamente;

III. Identificar as pendências assistenciais (avaliações médicas, exames, pareceres, agendamento de cirurgia), por meio das avaliações *in locu*, *safety huddle* ou Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, a fim de promover a sua resolução, garantindo uma melhor gestão dos leitos e eficiência operacional, diariamente;

IV. Articular a comunicação com os médicos assistentes e especialidades médicas, a partir da divulgação de informações, de forma a garantir maior eficiência e agilidade aos processos, continuamente;

V. Apoiar na gestão do fluxo dos pacientes, por meio do monitoramento dos atendimentos e utilizando evidências de melhores práticas, promovendo eficiência operacional na gestão de leitos, agendas, altas e transferências, diariamente;

VI. Participar das ações de definição de capacidade operacional, habilitação técnica e perfis assistenciais, através das reuniões de alinhamento com a gestão do serviço e alta liderança, de forma a estabelecer critérios para a gestão de acesso do paciente ao serviço de saúde, conforme demanda;

VII. Acompanhar as atividades do médico autorizador da regulação, comunicando temporalmente e detalhadamente os fluxos e processos regulatórios, de forma a subsidiar a padronização dos protocolos médico-assistenciais e administrativos, semanalmente;

VIII. Monitorar os indicadores de desempenho e de processo, por meio de ferramenta informatizada, a fim de desenvolver ações que garantam a qualidade e o cumprimento das metas, periodicamente;

IX. Participar de reuniões promovidas pela liderança e comissões estratégicas, se fazendo ativamente presente, a fim de contribuir com o desenvolvimento do setor, mensalmente;

X. Participar dos programas de desenvolvimento institucional, através dos treinamentos e capacitações promovidas, a fim de aprimorar as habilidades e competências para o desempenho de suas funções, sempre que oportunizado;

XI. Propor e participar das ações de melhoria para o serviço, através do estímulo da liderança, a fim de possibilitar ganhos em eficiência, sempre que oportunizado.

Parágrafo único – Na ausência do Médico Regulador e diante de demandas da regulação de acesso (Complexos Reguladores e Centrais de Regulação) quanto aos fluxos ou perfil de atendimento institucional, o Enfermeiro ou Assistente Administrativo poderá acionar as Gerências Médicas da Unidade para alinhamento e tomada de decisão.

Art. 4º Ao Enfermeiro do NIR do HECAD compete:

I. Promover o gerenciamento de leitos hospitalares, através das ferramentas tecnológicas e das rondas nas unidades assistenciais, a fim de validar a disponibilidade de leitos e possibilitar as ofertas às centrais de regulação, diariamente;

II. Acompanhar e analisar as solicitações das centrais de regulação, por meio dos canais de comunicação instituídos entre a unidade e a regulação, para determinar os usuários elegíveis para a ocupação de leitos ou dar o correto encaminhamento, constantemente;

III. Interagir com as equipes assistenciais, utilizando estratégias de comunicação assertivas, para aperfeiçoar os processos de admissão, altas e transferências e promover resolutividade e eficiência operacional, diariamente;

- IV. Monitorar as filas de esperas de atendimentos, com base no sistema de gerenciamento de filas, para qualificar e facilitar o acesso do paciente ao serviço de saúde, de acordo com os critérios estabelecidos na unidade, diariamente;
- V. Desenvolver ações de planejamento, controle e avaliação das ofertas de serviços, através do monitoramento de indicadores propostos, para promover a melhoria dos processos, constantemente;
- VI. Participar de reuniões promovidas pela liderança, se fazendo ativamente presente e contribuindo com o desenvolvimento do setor, mensalmente;
- VII. Participar dos programas de desenvolvimento institucional, através dos treinamentos e capacitações promovidas, a fim de aprimorar as habilidades e competências para o desempenho de suas funções, sempre que oportunizado;
- VIII. Compor comissões, times de processos e participar de reuniões que envolvam as atividades do setor, por meio da solicitação ou indicação do gestor imediato, para representar e participar das tomadas de decisão para o serviço;
- IX. Desenvolver ações de melhorias e de desenvolvimento das equipes com participação em treinamentos e capacitações, a fim de aprimorar as habilidades e competências para o desempenho de suas funções, sempre que oportunizado.

Art. 5º Ao Assistente Administrativo do NIR do HECAD compete:

- I. Executar serviços de apoio, realizando atividades administrativas para contribuir com as atividades do setor, diariamente;
- II. Prestar auxílio no controle de processos administrativos, alimentando sistemas de informação, organizando agendas, atendendo chamadas telefônicas, elaborando relatórios, e-mails, correspondências e documentos para contribuir com o andamento das rotinas do setor, diariamente;
- III. Apoiar na organização de reuniões, preparando e manuseando equipamentos eletrônicos, para contribuir com as atividades do setor, conforme demanda;
- IV. Solicitar e controlar materiais de escritório utilizando sistema eletrônico, para contribuir com a organização do setor, sempre que necessário;

- V. Realizar o controle das informações através de planilhas e tabelas, para contribuir com os registros adequados e necessários para o serviço, diariamente;
- VI. Realizar o gerenciamento das agendas ambulatoriais e cirúrgicas, a fim de garantir o cumprimento da programação cirúrgica em tempo ao planejamento da cirurgia, diariamente;
- VII. Lançar as cotas diretas no sistema de regulação para os pacientes atendidos via regulação de urgência e internação de reabilitação, tornando-os regulados;
- VIII. Inserir no sistema de regulação as solicitações para vaga externa de pacientes que necessitam de transferências externas de pacientes para outras unidades de saúde ou leitos de retaguarda em virtude de condição clínica/cirúrgica cujo perfil de atendimento não está contemplado na Unidade;
- IX. Participar do recebimento e avaliação de fichas solicitadas pelo sistema de regulação e encaminhar para o médico assistencial para os direcionamentos necessários;
- X. Participar na gestão dos leitos, bloqueios e desbloqueios de leitos após admissão, alta, óbito ou transferência, garantindo o correto monitoramento do painel de internação e mapa de leitos da regulação;
- XI. Acompanhar as admissões, internações e altas, proceder com os devidos lançamentos no sistema de regulação antes da alta e organizar as documentações necessárias para encaminhamento ao faturamento.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 6º O NIR do HECAD deverá funcionar 24 horas, 7 (sete) dias por semana, atendendo as determinações da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO e o Manual de Implantação do NIR – Ministério da Saúde. Seu funcionamento é destinado à gestão das vagas, planejamento da agenda cirúrgica e gestão dos leitos instalados no HECAD.

Art. 7º Para o seu adequado funcionamento, a estrutura física do NIR dispõe de sala, estações de trabalho com mesas e cadeiras, computadores, acesso à internet compatível com as necessidades dos sistemas de regulação, impressora e telefone para ligações internas e externas.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 8º O NIR do HECAD, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e processos de trabalho, estabelecidas pela Agir ou SES/GO.

Art. 9º Os membros do NIR têm o dever de cumprir este Regimento Interno, acatando as decisões deliberadas em reunião.

Art. 10º Este Regimento possibilitará a identificação, a análise e a correção de não conformidades ou pontos críticos evidenciados durante os processos de trabalho.

Art. 11º Este Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

2.1.24.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Núcleo Interno de Regulação

Tabela 43 - Cronograma de Atividade Anual do NIR.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Funcionamento do Núcleo Interno de Regulação.	1.1. 24 horas/segunda à segunda												
2. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho	2.1. Consolidar dados mensais; 2.2. Realizar análise crítica dos dados; 2.3. Avaliar ações de melhoria.												
3. Publicização das demandas recebidas.	3.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas.												
4. Relatório mensal de atividades	4.1 Disponibilizar o relatório com os dados referentes ao Núcleo Interno de Regulação.												

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.25. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

2.1.25.1. Proposta de Constituição da Comissão de Acidentes com Material Biológico

Membros e Finalidade

A Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB do HECAD terá a finalidade de reduzir os riscos de acidente com material biológico na Instituição, visando a proteção, segurança e saúde dos trabalhadores da Unidade, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

Esta Comissão será constituída por:

- 1 (um) representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH;
- 1 (um) representante do Centro de Material e Esterilização - CME;
- 1 (um) representante do Centro Cirúrgico – CC;
- 1 (um) representante do Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho - SESMT;
- 1 (um) representante do Setor de Recursos Humanos do HECAD - RH;
- 1 (um) representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- 1 (um) representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP;
- 1 (um) representante da Equipe de Enfermagem;
- 1 (um) representante da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – CGRSS.

2.1.25.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão de Acidentes com Material Biológico

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO

CAPÍTULO I

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 1º Compete à Comissão de Acidente com Material Biológico - CAMB do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

- I. Elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando minimizar os riscos de acidentes com material biológico, por meio de da utilização de medidas de precaução e controle no HECAD;
- II. Realizar investigação epidemiológica de casos e implantar medidas imediatas de controle;
- III. Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à Diretoria da Instituição e às chefias de todos os setores da Unidade, a situação do controle dos acidentes, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- IV. Capacitar os colaboradores da Unidade em relação aos temas pertinentes à Comissão;
- V. Estabelecer protocolos, diretrizes, procedimentos e análise sistemática dos colaboradores em acompanhamento de tratamento de doença infectocontagiosa junto com o Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho - SESMT da Unidade, com elaboração periódica de relatórios para a Diretoria Geral e Diretoria Técnica;
- VI. Analisar informações existentes no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA e no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO referentes aos acidentes de trabalho já ocorridos com materiais biológicos na Unidade;
- VII. Elaborar e implantar procedimentos de registro e investigação de acidentes e situações de risco, estabelecendo as prioridades considerando os seguintes aspectos:
 - a) Situações de risco e acidentes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
 - b) Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfurocortante específico;
 - c) Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes; e
 - d) Número de colaboradores expostos às situações de risco de acidentes com materiais biológicos na Unidade.

VIII. Definir, em cooperação com a Comissão de Padronização, a substituição de todos os materiais perfurocortantes por materiais com dispositivos de segurança quando possível.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Art. 2º O Presidente da CAMB do HECAD deverá ser o representante do SESMT e lhe incumbe coordenar as atividades da Comissão, especificamente:

- I. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- II. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- III. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do “voto de minerva”;
- IV. Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- V. Elaborar relatório mensal com indicadores e análise crítica dos dados da Comissão;
- VI. Elaborar relatório semestral de indicadores e alimentar a plataforma do Sistema Integrado de Gerenciamento de Usuários do SUS - SIGUS.

Art.3º Ao Vice-Presidente da CAMB do HECAD cabe:

- I. Substituir o Presidente em seus impedimentos;
- II. Executar atribuições designadas pelo Presidente;
- III. Distribuir tarefas entre os membros da Comissão;
- IV. Assinar as atas de reuniões realizadas.

Art. 4º Aos Membros da CAMB do HECAD incumbe:

- I. Estabelecer diretrizes para a elaboração e a implementação de um Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Biológicos na Unidade;
- II. Executar ações programadas para a prevenção dos acidentes;

III. Adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao controle dos acidentes com materiais biológicos no HECAD;

IV. Realizar investigação epidemiológica de casos e implantar medidas imediatas de controle;

V. Promover treinamentos e capacitações aos colaboradores da Unidade sobre os temas relacionados à Comissão.

Art. 5º Ao Secretário da CAMB do HECAD incumbe:

I. Assistir às reuniões;

II. Promover a convocação das reuniões;

III. Preparar a pauta da reunião da Comissão;

IV. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias;

VIII. Distribuir aos Membros da Comissão a pauta das reuniões.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A CAMB do HECAD reunir-se-á mensalmente e, extraordinariamente, de acordo com a convocação do Presidente, constando a pauta da reunião.

Art. 7º O Membro que não comparecer às reuniões ordinárias por 3 (três) vezes consecutivas ou por 6 (seis) vezes alternadas, sem justificativa, será destituído da Comissão.

Art. 8º As resoluções da Comissão serão tomadas com a participação do número de presentes nas reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 9º Em cada reunião realizada, deverá ser lavrada ata.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 10º A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer Membro Titular da CAMB.

Art. 11º Este Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

2.1.25.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Acidentes com Material Biológico

Tabela 44 - Cronograma de Atividade Anual da CAMB.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta da Comissão	1.1. Realização de workshop.												
2. Funcionamento da Comissão	2.1. Reuniões Ordinárias; 2.2. Reuniões Extraordinárias; 2.3. Realização de Diligências.												
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais; 3.2. Realizar análise crítica dos dados; 3.3. Avaliar ações de melhoria.												
4. Elaborar plano de Prevenção de Acidentes com Material Biológico	4.1 Realizar treinamentos periódicos com a equipe assistencial												
5. Publicização das demandas recebidas.	5.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas												
6. Relatório anual de Atividades	6.1 Disponibilizar o relatório com os dados referentes a Comissão												

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.26. COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

2.1.26.1. Proposta de Constituição do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil

Membros e Finalidade

A vigilância da mortalidade materna e infantil é uma das prioridades do Ministério da Saúde - MS, sendo uma estratégia importante que possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

A demanda pelo aprimoramento das políticas de saúde para mulheres e crianças apontou a necessidade de melhorar a informação sobre os óbitos materno e infantil, identificando a magnitude destas mortes, suas causas, fatores que as determinam e propondo medidas que previnam a ocorrência de novas mortes.

Desta forma, faz-se necessário implantar o Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil - CIOMI no HECAD, sendo este um organismo interinstitucional de caráter eminentemente educativo, contando com a participação multiprofissional, cuja finalidade será identificar, dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos maternos e infantis ocorridos na Unidade.

A atuação do Comitê terá caráter técnico-científico, sigiloso, não podendo ser coercitivo ou punitivo, sendo constituída por profissionais das seguintes categorias:

- Médico Pediatra;
- Médico Infectologista;
- Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH;
- Representante da Equipe de Enfermagem;
- Representante da Equipe Multidisciplinar.

2.1.26.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO E INFANTIL

CAPÍTULO I

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 1º O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil - CIOMI do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD tem as seguintes competências:

- I. Investigar os óbitos maternos e infantis segundo critérios estabelecidos pelo Comitê Nacional / Estadual / Regional e de acordo com a realidade e o interesse local, assumindo como uma responsabilidade institucional, incorporando como rotina do serviço;
- II. Promover a integração com os Comitês Municipal / Regional para a troca de informações e análise dos casos, de modo a contribuir para o adequado funcionamento da investigação de óbitos no nível local;
- III. Divulgar sistematicamente os resultados, com elaboração de material específico (relatório / boletim periódico) para sensibilização dos profissionais;
- IV. Promover o aprimoramento das Declarações de Óbitos - DO, incentivando seu correto preenchimento e melhora na qualidade das informações, tanto da DO, como do prontuário;
- V. Realizar as correções necessárias das informações;
- VI. Enviar relatórios/encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – SMS/Goiânia dos registros avaliados;
- VII. Contemplar a totalidade dos eventos ocorridos na Instituição;
- VIII. Avaliar, periodicamente, os principais problemas observados no estudo dos óbitos para identificação das medidas necessárias de intervenção no âmbito interno da Unidade, bem como da rede de assistência de saúde no nível local, para a redução da mortalidade infantil e perinatal;
- IX. Produzir relatório mensal da análise da qualidade dos registros de óbitos institucionais;
- X. Zelar pelo sigilo ético das informações.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

Art. 2º Compete ao Presidente do CIOMI do HECAD:

- I. Dirigir o CIOMI e representá-lo interna e externamente;
- II. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno na Unidade;
- III. Fixar a pauta, convocar e presidir as reuniões do CIOMI;

IV. Submeter à Diretoria Geral do HECAD as propostas apresentadas pelo CIOMI;

V. Designar tarefas aos membros ou grupos de trabalho para cumprimento dos objetivos propostos;

VI. Informar a Diretoria Geral sobre as ausências injustificadas dos Membros do CIOMI e indicar seus substitutos;

VII. Coordenar a elaboração, aprovar e implementar plano de ação, anualmente ou extraordinariamente, visando ao estabelecimento de metas a serem alcançadas, a partir de sugestões apresentadas pelos Membros.

Art. 3º Compete ao Vice-Presidente do CIOMI do HECAD:

I. Substituir o Presidente em suas faltas, licenças, férias e impedimentos;

II. Executar atribuições designadas pelo Presidente.

Art. 4º Compete ao Secretário do CIOMI do HECAD:

I. Lavrar atas das reuniões do Comitê, distribuindo-as aos demais Membros para ciência, após cada reunião;

II. Anotar as presenças e ausências dos Membros, comunicando-as ao Presidente;

III. Promover ato de preparação e de execução às atividades;

IV. Auxiliar no gerenciamento da página do Comitê no *e-doc* e demais sistemas;

V. Manter os arquivos digitais e físicos organizados, atualizados e disponíveis para todos os Membros;

VI. Executar tarefas delegadas pelo Presidente.

Art. 5º Aos membros efetivos do CIOMI do HECAD incumbe:

I. Participar das reuniões do Comitê, discutir e deliberar sobre quaisquer assuntos constantes da pauta;

II. Cumprir este Regimento Interno e zelar pelos objetivos do Comitê;

III. Participar das atividades do Comitê, mantendo o Presidente informado sobre assuntos que possam potencializar seus resultados.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 6º O CIOMI reunir-se-á ordinariamente, mensalmente, conforme necessidade das demandas de atividades, com pauta, data, local e horário previamente definido e comunicado.

Parágrafo único - As reuniões do CIOMI serão registradas em ata, contendo data, horário, nome e assinatura dos Membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram deliberadas.

Art. 7º Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, a qualquer momento, para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes.

Parágrafo único - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente, pelo Vice-Presidente ou pela maioria dos Membros.

Art. 8º Os assuntos tratados pelo Comitê deverão ser guardados em sigilo ético por todos os Membros.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º O CIOMI norteará suas atividades por este Regimento Interno.

Art. 10º Este Regimento poderá ser alterado:

- I. Após avaliação de desempenho do Comitê, se for o caso;
- II. Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;
- III. Em ambos os casos, por proposta da Diretoria do HECAD.

Art. 11º O presente Regimento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

2.1.26.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil

Tabela 45 - Cronograma de Atividade Anual do CIOMI.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta do Comitê	1.1. Realização de workshop.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Funcionamento da Comitê	2.1. Reuniões Ordinárias; 2.2. Reuniões Extraordinárias; 2.3. Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais; 3.2. Realizar análise crítica dos dados; 3.3. Avaliar ações de melhoria.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Publicização das demandas recebidas.	4.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Relatório mensal de Atividades	5.1 Disponibilizar o relatório com os dados referentes ao Comitê.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.27. COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

2.1.27.1. Proposta de Constituição da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

Membros e Finalidade

A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT é uma comissão multidisciplinar capaz de efetivar a proposta de doação, melhorando a identificação e a manutenção de potenciais doadores. Surge por meio da Portaria GM/MS 2.600/2009, que regulamenta a Estruturação do Sistema Nacional de Transplantes, e tem sua atuação organizada na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.

No HECAD, a CIHDOTT organizará rotinas e protocolos para possibilitar o processo de doação de órgãos e tecidos dentro da Unidade, notificando as situações de possíveis doadores, responsabilizando-se pela segurança na realização dos protocolos de diagnóstico de Morte Encefálica, bem como o

acolhimento dos familiares de pacientes falecidos, tanto doadores como não doadores - antes, durante e depois de todo o processo.

Caberá à CIHDOTT a atuação em programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes, bem como a proposição de educação permanente dos colaboradores da Instituição no que se refere a aspectos relacionados da doação.

A CIHDOTT terá composição multidisciplinar e multiprofissional e deverá ser instituída por ato formal da Diretoria Geral do HECAD. Ela será composta por, no mínimo, 3 (três) membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais 1 (um), que deverá ser médico ou enfermeiro, será designado como Coordenador Intra Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.

Deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços, sendo que as indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades no assunto.

2.1.27.2. Proposta de Regimento Interno da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º Quanto à Classificação das Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT, tem-se:

- a) CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em Terapia Intensiva ou Emergência), e profissionais da área de Medicina Interna ou Pediatria ou Intensivista, ou Neurologia, ou Neurocirurgia, ou Neuropediatria, integrantes de seu Corpo Clínico;
- b) CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou Neurologia e/ou Neurocirurgia com menos de 1 mil óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 a 1 mil óbitos por ano; e

c) CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1 mil óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com, pelo menos, 1 (um) programa de transplante de órgão.

Parágrafo único – Observando-se esta classificação, a CIHDOTT do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD é classificada como tipo I.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à CIHDOTT do HECAD:

I. Organizar, no âmbito da Unidade, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no HECAD e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

III. Articular-se com as equipes médicas da Unidade, especialmente as da Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

IV. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

V. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VI. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;

VII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos no HECAD;

VIII. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação, no âmbito da Instituição;

IX. Articular-se com o Instituto Médico Legal - IML e o Serviço de Verificação de Óbitos - SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de

necrópsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do procedimento na própria Unidade, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

X. Articular-se com a Central Estadual de Transplantes de Goiás – CET/GO e bancos de tecidos da região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XI. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CET/GO cópias dos documentos relativos ao doador, de acordo com a Lei nº 9.434/1997;

XII. Orientar e capacitar os setores do HECAD em relação ao prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, de acordo com a Lei nº 9.434/1997;

XIII. Responsabilizar-se pela educação permanente dos colaboradores da Unidade sobre acolhimento familiar e demais aspectos do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XIV. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XV. Manter os registros das intervenções e atividades diárias atualizados conforme os indicadores de eficiência:

a) Número de leitos da Unidade;

b) Número de leitos de UTI e existência de ventiladores mecânicos em outros setores do HECAD;

c) Número total de óbitos por unidade assistencial;

d) Número de óbitos em UTI, Emergência e outras unidades com ventiladores, com diagnóstico da causa base (levantamento de possíveis doadores em morte encefálica);

e) Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas à CET/GO (potenciais doadores em morte encefálica);

f) Número de doadores elegíveis em morte encefálica;

g) Número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos (doadores efetivos ou reais de tecidos);

- h) Tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias no caso de doação de órgãos;
- i) Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de órgãos;
- j) Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;
- k) Taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;
- l) Taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em doadores elegíveis em morte encefálica e em que fase do processo;
- m) Número de doações efetivas ou reais em morte encefálica (cirurgia de retirada);
- n) Número de doações efetivas ou reais de tecidos (cirurgia de retirada);
- o) Causas de não-remoção especificadas; e
- p) Doador de órgãos implantados.

Art. 3º Todas as informações relativas aos potenciais doadores levantadas pela CIHDOTT deverão ser encaminhadas à CET/GO.

Art. 4º A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de notificação de morte encefálica, onde deve constar dados como data da constatação, nome do paciente, registro hospitalar, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico etc.

Art. 5º A CIHDOTT deverá arquivar no Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP e zelar pelos Protocolos de Notificação de Morte Encefálica de doações efetivadas ou não.

Art. 6º No caso de doações efetivadas, devem ficar arquivados os seguintes documentos:

- I. Notificação de Morte Encefálica;
- II. Termo de Declaração de Morte Encefálica;

III. Ato de doação de órgãos (autorização/documentos doador, testemunhas e autorizante);

IV. Protocolo de Entrevista Familiar;

V. Termo de Consentimento da Doação;

VI. Laudo de Tomografia de Crânio e demais exames realizados no doador;

VII. Laudo do exame complementar e teste de apneia;

VIII. Demais formulários que compõem o processo de doação.

Art. 7º No caso de constatação de morte encefálica apenas, arquivar os seguintes documentos:

I. Notificação de Morte Encefálica;

II. Termo de Declaração de Morte Encefálica;

III. Laudo do exame complementar e teste de apneia;

IV. Protocolo de entrevista, se houver;

V. Exame de imagem (causa do coma) ou similar.

Art. 8º A CIHDOTT deverá organizar:

I. Atas e Regime Interno;

II. Correspondências recebidas e emitidas;

III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, plantonista técnico, entre outros;

IV. Material didático sobre doação de órgãos;

V. Campanhas e eventos;

VI. Reportagens sobre a CIHDOTT e transplantes em geral;

VII. Leis e portarias;

VIII. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições;

IX. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras etc. dos componentes da CIHDOTT.

Art. 9º A CIHDOTT deverá organizar e enviar relatórios mensais para CET/GO, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 4/2017.

Art. 10º De acordo com a Portaria de Consolidação nº 4/2017, a CIHDOTT deverá:

I. Apresentar, mensalmente, os relatórios à CET/GO e, bimestralmente, à Diretoria Técnica do HECAD as metas referentes às suas atividades;

II. Manter registros dos indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo, estabelecidos na Lista de Indicadores;

III. Supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo retirada de órgãos e/ou tecidos, até a entrega do corpo do doador à família.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

E ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 11º São atribuições do Coordenador da CIHDOTT do HECAD:

I. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT;

II. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;

III. Convocar e deliberar reuniões ordinárias e extraordinárias;

IV. Destituir e substituir qualquer membro da Comissão, em caso de não comparecimento a 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativa;

V. Determinar um Membros da Comissão para representá-lo na reunião, em caso de impossibilidade de comparecimento;

VI. Promover e organizar o acolhimento às famílias durante todo o processo de doação no âmbito da Unidade;

VII. Manter registradas suas atividades;

VIII. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de “voto de minerva”;

IX. Promover interação da CIHDOTT com a Organização de Procura de Órgãos - OPO da região;

X. Designar dentre os Membros presentes, os relatores dos expedientes;

XI. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

Art. 12º São atribuições dos Membros da CIHDOTT do HECAD:

I. Articular-se com a CET/GO e a OPO da região, notificando as situações de possíveis doadores de órgãos e tecidos;

II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III. Articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica na Unidade e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

IV. Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

V. Apresentar planos de melhoria ou de alteração das rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência dos transplantes;

VI. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão;

VII. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VIII. Promover programa de educação continuada dos profissionais do HECAD para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos.

Parágrafo único – O Coordenador da CIHDOTT deverá ser nomeado pela Diretoria Técnica do HECAD, por ato formal, o qual poderá destituí-lo a qualquer momento, quando não corresponder às atribuições que lhe são determinadas.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 13º As reuniões da CIHDOTT serão bimestrais, de acordo com agenda preestabelecida, e poderão ocorrer extraordinariamente, quando convocadas pelo Coordenador ou pela maioria dos seus Membros.

Art. 14º As reuniões deverão ser registradas em ata com a devida assinatura dos Membros participantes, devendo ser arquivadas eletronicamente.

Art. 15º O Colegiado da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus Membros.

Art. 16º A Diretoria Técnica do HECAD designará um dos Membros da CIHDOTT para coordenar os trabalhos, na ausência do Coordenador.

Art. 17º Cada Membro terá direito a um voto e a votação será nominal e aberta.

Art. 18º As decisões serão tomadas por maioria simples dos presentes.

Art. 19º A CIHDOTT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT e, em grau de recurso, pela Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 21º Este Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

2.1.27.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes

Tabela 46 – Cronograma de Atividade Anual da CIHDOTT.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES												
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta da Comissão.	1.1. Realização de workshop.	■						■					
2. Funcionamento da Comissão.	2.1. Reuniões Ordinárias; 2.2. Reuniões Extraordinárias; 2.3. Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho.	3.1. Consolidar dados mensais; 3.2. Realizar análise crítica dos dados; 3.3. Avaliar ações de melhoria.		■		■		■		■		■		■
4. Publicização das demandas recebidas.	4.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas						■						■
5. Relatório anual de Atividades	5.1 Disponibilizar o relatório com os dados referentes à Comissão.												■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.28. COMITÊ DE COMPLIANCE

2.1.28.1. Proposta de Constituição do Comitê de *Compliance*

Membros e Finalidade

Esta proposta traz a criação do Comitê de *Compliance* do HECAD, que atuará como órgão de caráter consultivo, deliberativo e permanente para assessoramento de temáticas sobre *Compliance*, zelando para que as atividades da Unidade sejam conduzidas em conformidade com as leis, as diretrizes internas e a ética.

Este Comitê terá como objetivo analisar as denúncias de inconformidade (interna e externa) e assessorar a Diretoria da Unidade no desempenho de suas atribuições relacionadas à adoção de estratégias, políticas e medidas voltadas à difusão da cultura de *Compliance*.

Compreendendo a necessidade de ser um Comitê multidisciplinar, ele terá uma composição que incluirá, no mínimo, representantes das seguintes áreas do HECAD:

- Comunicação;
- Diretoria Administrativa e Financeira;
- Ouvidoria;
- Qualidade;
- Recursos Humanos.

A Agir é associada ao Instituto Ética Saúde e segue fielmente as instruções normativas pertinentes ao tema. Portanto, no âmbito do HECAD, este Comitê representará uma estrutura complementar ao Núcleo de *Compliance* Corporativo, o que possibilitará a execução das práticas estabelecidas na OSS, atuando como gerenciador das políticas, normas e programas concernentes ao tema, em sua aplicação na unidade de saúde.

2.1.28.2. Proposta de Regimento Interno do Comitê de *Compliance*

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE *COMPLIANCE*

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º O Comitê de *Compliance* do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD tem o intuito de propiciar uma instância executiva da Política de *Compliance* e Código de Conduta Ética, em caráter preventivo, prospectivo e reativo, para a efetivação das práticas relativas ao Programa de Integridade da Agir.

Art. 2º O Comitê está subordinado à Diretoria Geral da Unidade e tem como dependência de apoio o serviço de Qualidade como instância executiva de suas ações. Nesse sentido, torna-se uma instância multidisciplinar responsável por efetivar o Programa de Integridade e práticas de *Compliance* nos diversos âmbitos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º O Comitê de *Compliance* do HECAD terá composição multidisciplinar em formato distinto, sendo constituído por representantes das seguintes áreas da Unidade:

- I. Comunicação;
- II. Diretoria Administrativa e Financeira;
- III. Ouvidoria;
- IV. Qualidade;
- V. Recursos Humanos.

§ 1º Para a execução plena das atividades, devido aos cenários e contextos de possíveis férias, afastamentos diversos e situações extraordinárias, sua composição mínima será considerada satisfatória com a presença de pelo menos 5 (cinco) membros.

§ 2º Os participantes devem ter reconhecida conduta ética, ilibada e idônea.

Art. 4º O Comitê será composto por:

- I. Presidente;
- II. Vice-Presidente;
- III. Secretário;
- IV. Membros.

§ 1º Os Membros do Comitê têm sua nomeação por meio de Ato Administrativo da Diretoria Geral da Unidade.

§ 2º Novos Membros serão nomeados, no caso da saída de algum componente.

§ 3º A função de Secretário será realizada pelo Serviço de Qualidade do HECAD.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º As principais ações e rotinas do Comitê de *Compliance* do HECAD são:

- I. Planejar e executar ações da Política de *Compliance* e Código de Conduta Ética no âmbito da Unidade;
- II. Executar e monitorar o Programa de Integridade no HECAD;
- III. Propor revisões às políticas pertinentes e submeter ao Núcleo de *Compliance* Corporativo;
- IV. Realizar encaminhamentos às comissões internas em situações pertinentes;

V.Verificar documentos (políticas, diretrizes e Procedimentos Operacionais Padrão - POP) que tenham relação com práticas de *compliance* e conduta ética.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 6° Compete ao Presidente do Comitê de *Compliance* do HECAD:

- I.Presidir e coordenar os trabalhos do Comitê;
- II.Convocar reuniões ordinárias e extraordinárias, quando pertinentes;
- III.Definir a pauta das reuniões;
- IV.Aprovar e fazer respeitar o Regimento Interno do Comitê;
- V.Cumprir e fazer cumprir as deliberações do Comitê;
- VI.Representar o Comitê em reuniões ordinárias e extraordinárias da direção estratégica e do Núcleo de *Compliance* e Qualidade da Agir;
- VII.Designar os Membros que executarão as atividades, distribuindo as demandas do Comitê.

Art. 7° Compete ao Vice-Presidente do Comitê de *Compliance* do HECAD:

- I.Na ausência ou impedimento do Presidente, assumir as responsabilidades que lhe competem;
- II.Atuar como Membro do Comitê, contribuindo nas atividades compartilhadas.

Art. 8° Compete ao Secretário do Comitê de *Compliance* do HECAD (Serviço de Qualidade):

- I.Realizar organização administrativa para realização das reuniões;
- II.Proceder com os encaminhamentos de demanda, conforme deliberação da presidência;
- III.Submeter relatórios/documentos/demandas/informações para apreciação do Comitê;
- IV.Produzir e resguardar documentos do Comitê;
- V.Fornecer as informações necessárias para a prestação de contas.

Art. 9° Compete aos membros do Comitê de *Compliance* do HECAD:

- I.Participar ativamente das reuniões e atividades do Comitê;
- II.Realizar demandas designadas;
- III.Resguardar o sigilo de todas as informações obtidas por meio das ações do Comitê;
- IV.Prestar informações às autoridades pertinentes.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 10º Estabelecem-se estas práticas para o funcionamento do Comitê de *Compliance* do HECAD:

- I.Reunião ordinária bimestral;
- II.O Secretário participará, trimestralmente, de reunião com Núcleo de *Compliance* Corporativo para o desdobramento das demandas e ações na Unidade;
- III.A participação no Comitê é indelegável, não sendo permitida a participação de pessoas representando os Membros;
- IV.Partes interessadas podem ser convidadas às reuniões e atividades do Comitê, de forma específica.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 11º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente do Comitê de *Compliance* do HECAD.

Art. 12º Este Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação, revogando-se todas as disposições em contrário.

2.1.1.28. Proposta de Cronograma de Atividade Anual do Comitê de *Compliance*

Tabela 47 – Cronograma de Atividade Anual do Comitê de *Compliance*.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DO COMITÊ DE COMPLIANCE													
OBJETO	AÇÕES PROPOSTAS / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Orientações aos colaboradores sobre a proposta do Comitê	1.1. Realização de workshop.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Acompanhamento do Canal de Integridade.	2.1. Sistematização de ações de melhoria relacionadas ao Canal de Integridade.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Monitoramento das normas de conduta ética.	3.1. Elaboração de questionários de auto-avaliação.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Funcionamento do Comitê	4.1. Reuniões Ordinárias; 4.2. Reuniões Extraordinárias; 4.3. Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Funcionamento do Comitê	4.1. Reuniões Ordinárias; 4.2. Reuniões Extraordinárias; 4.3. Realização de Diligências.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Indicadores para monitorar as práticas relativas a este plano de trabalho	5.1. Consolidar dados mensais; 5.2. Realizar análise crítica dos dados; 5.3. Avaliar ações de melhoria.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6. Publicização das demandas recebidas.	6.1. Sistematizar as atividades desenvolvidas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
7. Relatório anual de Atividades	7.1. Disponibilizar o relatório com os dados referentes ao Comitê.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.29. OUTRAS COMISSÕES

Com a finalidade de expandir o plano de trabalho e a estruturação da assistência prestada ao usuário do SUS pelo HECAD, a Agir propõe a composição de outras comissões e/ou serviços, a saber:

1. Comissão de Humanização;
2. Comissão de Padronização de Medicamentos;
3. Comissão de Cuidados Paliativos.

2.1.29.1. COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

2.1.29.1.1. Proposta de Constituição da Comissão de Humanização

Membros e Finalidades

No Brasil, a saúde é tida, legalmente, como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, conforme regem a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O conjunto de ações e serviços públicos de saúde integram o SUS, encarando o usuário pelo princípio da integralidade, não reduzindo a pessoa cuidada à doença que lhe acomete.

Buscando pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, foi lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização - PNH, também conhecida como HumanizaSUS, consistindo em uma ferramenta para estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

A PNH aponta 6 (seis) diretrizes que buscam afirmar os valores que orientam a Política Pública de Saúde no Brasil, de forma que todos os agentes envolvidos no processo exerçam seu direito à saúde de qualidade, a saber:

- a) acolhimento;
- b) gestão participativa e cogestão;
- c) ambiência;
- d) clínica ampliada e compartilhada;
- e) valorização do trabalhador, e;
- f) defesa dos direitos dos usuários.

A Comissão de Humanização do HECAD constituir-se-á em um espaço coletivo e democrático, que se destinará a empreender a política institucional de humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e colaboradores, desenvolvendo conceitos e práticas de gestão e atenção que apoiem a construção de uma cultura institucional voltada à qualidade e efetividade do cuidado, valorização das pessoas e qualidade de vida no trabalho.

A Comissão de Humanização do HECAD estará vinculada diretamente à Diretoria Geral da Unidade e será composta pelos seguintes membros:

- 1 (um) representante do Serviço de Operações;
- 1 (um) representante do Serviço de Planejamento;
- 1 (um) representante do Serviço de Atendimento Médico;
- 2 (dois) representantes do Serviço de Enfermagem;
- 2 (dois) representantes da equipe Multiprofissional;
- 1 (um) representante do Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT;
- 2 (dois) membros transitórios, representantes dos Serviços da Unidade.

2.1.29.1.2. Proposta de Regimento Interno Comissão de Humanização

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1º A Comissão de Humanização do HECAD constituir-se-á como uma Comissão de natureza estratégica, criada na perspectiva de atender às melhores práticas no âmbito da assistência e gestão em saúde, tendo como referência as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização - PNH e as normativas previstas no Contrato de Gestão. A Comissão regulamenta-se pelo presente Regimento Interno.

Art. 2º A Comissão de Humanização fomenta os seguintes princípios no âmbito do cuidado e da gestão do trabalho em saúde:

- I. Valorização da vida;
- II. Compromisso com a qualidade da assistência;
- III. Compromisso com a qualidade de vida no trabalho;
- IV. Valorização da dimensão subjetiva e social das pessoas;
- V. Estímulo ao trabalho em equipe e à construção de redes cooperativas;
- VI. Estímulo à participação, autonomia e responsabilidade.

Art. 3º A Comissão de Humanização tem por objetivo geral assessorar a Diretoria Geral do HECAD, desenvolvendo políticas e práticas de humanização em benefício dos usuários, familiares, trabalhadores, estudantes e demais segmentos da sociedade, atuando nas diversas áreas da Unidade.

Art. 4º A Comissão de Humanização tem como objetivos específicos:

- I. Desenvolver a cultura da humanização com foco no cuidado centrado na pessoa;
- II. Fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes;
- III. Diagnosticar, conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar usuários e colaboradores;
- IV. Estimular ações assistenciais centradas na qualidade do cuidado, do ponto de vista técnico e ético;
- V. Estimular o desenvolvimento de políticas que enfoquem o bem-estar do colaborador;
- VI. Contribuir para a melhoria das relações de trabalho e da gestão;
- VII. Melhorar a qualidade, segurança e a eficácia do atendimento prestado aos usuários do hospital por meio de práticas humanizadas de cuidado;
- VIII. Desenvolver indicadores de resultados que traduzam a eficácia, efetividade e eficiência das ações de humanização;
- IX. Estimular a realização de ações extramuros, parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências na área da humanização.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 5º A Comissão de Humanização do HECAD terá composição multiprofissional, designada em Ato Administrativo do Diretor Geral do HECAD, quais sejam:

- 1 (um) representante do Serviço de Operações;
- 1 (um) representante do Serviço de Planejamento;
- 1 (um) representante do Serviço de Atendimento Médico;

- 2 (dois) representantes do Serviço de Enfermagem;
- 2 (dois) representantes da equipe Multiprofissional;
- 1(um) representante do Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico- SADT;
- 2 (dois) membros transitórios, representantes dos Serviços da Unidade;

§ 1º A Comissão ficará subordinada à Diretoria Geral do HECAD.

§ 2º Os membros transitórios deverão ser colaboradores da Unidade indicados pela Gestão da Comissão para condução de projetos específicos.

§ 3º A ausência de um Membro da Comissão a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em substituição.

§ 4º A substituição de membros dar-se-á por Ato Administrativo.

Art. 6º A Comissão contará com apoio de um Secretário indicado pelo Presidente da Comissão.

Art. 7º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 2 (dois) meses e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou a requerimento da maioria simples de seus Membros.

§ 1º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus Membros, devendo ser verificado o *quórum* em cada sessão antes de cada votação.

§ 2º As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 3º As deliberações serão consubstanciadas em notas endereçadas à Diretoria Geral do HECAD.

Art. 8º As reuniões da Comissão de Humanização do HECAD obedecerão à seguinte rotina:

- I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado por ele;
- II. Verificação de presença e existência de *quórum*;
- III. Leitura, aprovação e assinatura de ata da reunião anterior;

IV. Leitura e despacho do expediente;

V. Ordem do Dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI. Organização da pauta da próxima reunião;

VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 9º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas das tomadas de decisões e registro em atas.

Art. 10º Após a leitura do parecer, o Presidente, ou seu substituto, deverá submetê-lo à discussão, dando a palavra aos Membros que a solicitarem.

§ 1º O Membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3º Após entrar em pauta, a matéria deverá, obrigatoriamente, ser votada no prazo máximo de 1 (uma) reunião.

Art. 11º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 12º As deliberações serão divulgadas por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13º São atribuições do Presidente da Comissão de Humanização do HECAD, além de outras instituídas neste Regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

II. Indicar seu Vice-Presidente e o Secretário;

III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

IV. Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à Humanização;

V. Participar nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do “voto de minerva”;

VI. Coordenar as atividades de promoção de humanização;

VII. Indicar membros, pertencentes ou não à Comissão, para realização de estudos e levantamentos.

Art. 14º Caberá aos Membros Titulares da Comissão de Humanização do HECAD:

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

II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;

VI. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da Comissão;

VII. Deliberar e votar, em discussões colegiadas, projetos, ações e atividades;

VIII. Planejar, conjuntamente com os membros transitórios, as ações a serem desenvolvidas, incluindo o levantamento/detalhamento de recursos humanos, financeiros, materiais e outros necessários à execução das atividades/programas que forem de sua responsabilidade;

IX. Monitorar e/ou acompanhar as ações desenvolvidas por membros transitórios em atividades/programas que forem de sua responsabilidade.

Parágrafo único - Os membros titulares, caso não possam comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, poderão indicar um Membro Suplente de sua confiança e que poderão deliberar e assumir responsabilidades.

Art. 15º Aos Membros Transitórios da Comissão de Humanização do HECAD cabe:

I. Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da Comissão;

- II. Comparecer às reuniões, quando solicitados;
- III. Conduzir ações específicas designadas pela gestão da Comissão;
- IV. Propor ações, programas e projetos a serem avaliados em colegiado;
- V. Planejar, conjuntamente com os membros efetivos, as ações a serem desenvolvidas, incluindo o levantamento/detalhamento de recursos humanos, financeiros, materiais e outros necessários à execução das atividades/programas que forem de sua responsabilidade;
- VI. Elaborar relatórios, apresentando os resultados das ações desenvolvidas, indicadores e propor eventuais sugestões de melhoria.

Art. 16º Caberá ao Secretário da Comissão de Humanização do HECAD:

- I. Organizar a Ordem do Dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Providenciar a execução das decisões determinadas;
- IV. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
- V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;
- VI. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
- VII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 17º Compete à Comissão de Humanização do HECAD:

- I. Estabelecer estratégias e mecanismos que fomentem práticas assistenciais humanizadas;
- II. Elaborar a Política de Humanização da Unidade, traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para as ações de humanização;

- III. Buscar estratégias de comunicação e integração na relação entre os diferentes setores e entre usuários, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde;
- IV. Promover o fluxo de propostas e deliberações no âmbito da humanização;
- V. Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;
- VI. Avaliar os projetos desenvolvidos de acordo com os parâmetros de humanização propostos;
- VII. Estimular a participação de colaboradores, da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços;
- VIII. Criar, revisar e atualizar fluxos, rotinas e processos no âmbito das atividades de humanização e promover ajustes organizacionais que favoreçam a oferta do cuidado centrado na pessoa;
- IX. Desenvolver mecanismos para captação de recursos, estabelecer parcerias, alianças estratégicas e articular com as diversas frentes de trabalho, segundo regras de *compliance* definidas pela Agir, na intenção de garantir a sustentabilidade e exequibilidade das ações propostas;
- X. Acompanhar, mediar, estimular e apoiar os responsáveis pelas ações/ atividades/ programas, mensurando os resultados dessas iniciativas para compor o relatório semestral, com indicadores que traduzam a eficácia, efetividade e eficiência do programa operacionalizado.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º A Diretoria da Unidade proporcionará a infraestrutura necessária para assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência da Comissão.

Art. 19º A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Art. 20º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão em reunião convocada para essa finalidade, com a presença da Diretoria do HECAD.

Art. 21º O presente Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

2.1.29.1.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Humanização

Tabela 48 – Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Humanização.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Reunião de planejamento anual	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Reuniões ordinárias bimestrais da Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4. Apresentação de relatórios para Direção Geral.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.29.2. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

2.1.29.2.1. Proposta de Constituição da Comissão de Padronização de Medicamentos

Membros e finalidade

No âmbito hospitalar, a assistência farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso ao seu uso racional.

A Comissão de Padronização de Medicamentos - CPM do HECAD justifica-se na medida em que se propõe a qualificar o serviço de assistência farmacêutica na Unidade, otimizar a eficiência administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e na utilização

das novas tecnologias, conforme preconizado na Resolução GM/MS nº 338/2004.

Para a composição desta Comissão no HECAD, propõe-se os seguintes Membros:

- Supervisor de Farmácia;
- 1 (um) representante do Serviço de Farmácia;
- 1 (um) representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH;
- 1 (um) representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH;
- 1 (um) representante dos médicos.

2.1.29.1.2. Proposta de Regimento Interno e da Comissão de Padronização de Medicamentos

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1º A Comissão de Padronização de Medicamentos - CPM é uma junta consultiva e deliberativa, subordinada à Diretoria Técnica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, com o objetivo de regulamentar a padronização de medicamentos utilizados no receituário hospitalar da Unidade.

Art. 2º A Comissão tem por finalidade selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico, por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 3º A Comissão terá composição multiprofissional, sendo designada em Ato Administrativo da Diretoria Técnica do HECAD, qual seja:

- Supervisor de Farmácia;
- 1 (um) representante do Serviço de Farmácia;
- 1 (um) representante do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH;
- 1 (um) representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH;
- 1 (um) representante dos médicos.

§ 1º A ausência de um membro da CPM a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará em substituição.

§ 2º A substituição de membros dar-se-á por Ato Administrativo.

§ 3º A Comissão ficará subordinada à Diretoria Técnica do HECAD, tendo autonomia para elaborar, incluir e excluir medicamentos do arsenal terapêutico da Unidade.

Art. 4º A CPM contará com apoio de um Secretário, indicado pelo Presidente desta.

Art. 5º A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada 3 (três) meses e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente, sempre que houver 3 (três) ou mais solicitações de alteração na padronização de medicamentos.

§ 1º A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o *quórum* em cada sessão, antes de cada votação.

§ 2º As deliberações tomadas deverão ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 3º As deliberações serão consubstanciadas em notas endereçadas à Diretoria Técnica do HECAD.

§ 4º É facultado ao Presidente e aos Membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão tomada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 6º As reuniões da COM do HECAD obedecerão à seguinte rotina:

- I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado por ele;
- II. Verificação de presença e existência de *quórum*;
- III. Leitura, aprovação e assinatura de ata da reunião anterior;
- IV. Leitura e despacho do expediente;
- V. Ordem do Dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
- VI. Organização da pauta da próxima reunião;
- VII. Comunicações breves e franqueamento da palavra.

Parágrafo único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 7º A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhadas das tomadas de decisões e registro em atas.

Art. 8º Após a leitura do parecer, o Presidente ou seu substituto deverá submetê-lo à discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º O Membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão e da votação.

§ 2º O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária.

§ 3º Após entrar em pauta, a matéria deverá, obrigatoriamente, ser votada no prazo máximo de uma reunião.

Art. 9º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art.10º As deliberações serão divulgadas por meio de boletins eletrônicos ou escritos.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 11º São atribuições do Presidente da CPM do HECAD, além de outras instituídas neste Regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- I. Instalar a Comissão e presidir suas reuniões;
- II. Indicar seu Vice-Presidente e o Secretário;
- III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- IV. Suscitar pronunciamento da Comissão quanto às questões relativas à documentação e dados estatísticos no âmbito da Padronização de Medicamentos;
- V. Participar das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do “voto de minerva”;
- VI. Indicar Membros, pertencentes ou não à Comissão, para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da CPM.

Art. 12º Caberá aos Membros da COM do HECAD:

- I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- IV. Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- V. Analisar e emitir parecer sobre assuntos relativos à padronização de medicamentos que lhe forem enviados;
- VI. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 13º Caberá ao Secretário da CPM do HECAD:

- I. Organizar a Ordem do Dia;
- II. Receber e protocolar os processos e expedientes;
- III. Providenciar a execução das decisões determinadas;

IV. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

V. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VI. Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;

VII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverão conter a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14º Compete à CPM do HECAD:

I. Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em avaliação, seleção e plano terapêutico corretos na Unidade;

II. Elaborar, avaliar e atualizar, regularmente, a relação de medicamentos padronizados, promovendo inclusões ou exclusões, considerando a eficácia, eficiência clínica, segurança e custo;

III. Reduzir despesas, visando manter medicamentos imprescindíveis à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes;

IV. Estudar medicamentos sob o ponto de vista clínico, bio farmacêutico e químico, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica medicamentosa como critério fundamental de escolha;

V. Incentivar, elaborar e disseminar protocolos de utilização dos medicamentos;

VI. Racionalizar o uso de medicamentos.

Art. 15º Os critérios de seleção, inclusão e exclusão de medicamentos para a lista dos padronizados no HECAD serão consenso entre os Membros da CPM presentes na reunião e discutidos sempre que houver necessidade, sendo todas as modificações documentadas e oficializadas.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16º Todo e qualquer protocolo, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de medicamentos no HECAD deverá passar por avaliação da Comissão, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 17º Todos os documentos oficializados em reunião da CPM, além do registro em atas, devidamente assinados pelos seus membros, serão arquivados pelo Membro designado Secretário.

Art. 18º A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 19º Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, em cotejo com a Diretoria Técnica do HECAD.

Art. 20º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua aprovação por esta Comissão, podendo ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por votação da sua maioria absoluta.

2.1.29.1.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Padronização de Medicamentos

Tabela 49 - Cronograma Anual da CPM.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno.	■											
2. Reunião de planejamento anual.	■											
3. Reuniões ordinárias da Comissão.			■			■			■			■
4. Apresentação de relatórios para Diretoria Técnica.						■						■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.1.29.3. COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

2.1.29.3.1. Proposta de Constituição da Comissão de Cuidados Paliativos

Membros e Finalidade

Durante a conferência geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, em 2005, construiu-se o documento “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”, que inclui o direito à morte com dignidade, autonomia e qualidade.

Segundo a OMS, a partir de dados do DATASUS de 2015, no Brasil, aproximadamente 68% de todos os óbitos poderiam se beneficiar de Cuidados Paliativos, o que corresponde a aproximadamente 873 mil pessoas por ano.

A prática desta modalidade é marcada pela interdisciplinaridade nos cuidados e pelo foco na pessoa e sua família, tendo como objetivo a promoção do bem-estar e a atenção, que passa da ação curativa para o controle de sintomas. A proporção de palição aumenta com o evoluir da doença até que se assume o papel preponderante nos cuidados durante a fase final de vida e no luto.

A Comissão de Cuidados Paliativos do HECAD referenciar-se-á nas principais leis que embasam a prática de Cuidados Paliativos no Brasil e nos Estados, com ênfase na Lei Estadual nº 19.723/2017, que estabelece a Política Estadual de Cuidados Paliativos em Goiás.

Para a composição desta Comissão no HECAD propõe-se que os Membros Efetivos sejam, preferencialmente, representantes das áreas assistenciais, sendo eles Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeutas ocupacionais, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes sociais, Odontólogos, Fonoaudiólogos e Farmacêuticos.

2.1.29.3.2. Proposta para Regimento Interno da Comissão de Cuidados Paliativos

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Art.1º A Comissão de Cuidados Paliativos do HECAD é um órgão consultivo, deliberativo, voltado à assistência, ensino, pesquisa e atenção integral à saúde de forma especializada.

Parágrafo único - A Comissão está vinculada à Diretoria Técnica da Unidade.

Art. 2º A sustentação legal para o exercício das ações da Comissão se dará:

I. Na Constituição Federal: Artigo 1º, inciso III – consagra o princípio da dignidade da pessoa humana; Artigo 5º, inciso III – estabelece que “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”.

II. Lei Estadual nº 19.723/2017, que institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos e altera a lei nº 16.140/2007, "que dispõe sobre o SUS, as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, regulamentação, fiscalização e o controle dos serviços correspondentes e dá outras providências".

III. Código de Ética Médica – Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.931/ 2009 – Artigo 41º, inciso XXII – “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.

Parágrafo único - Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os Cuidados Paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 3º Compete à Comissão de Cuidados Paliativos do HECAD:

Estabelecer e disseminar a “cultura” de Cuidados Paliativos e a discussão de paradigmas assistenciais;

- I. Fortalecer o Grupo Multiprofissional, formado para atuação nos diferentes setores do hospital, sob demanda e em caráter de consultoria, de forma a gerar visibilidade e reconhecimento;
- II. Caracterizar o perfil dos pacientes para orientar a abordagem dos Cuidados Paliativos nas diferentes fases da doença;
- III. Fortalecer e apoiar o trabalho em Cuidados Paliativos de forma a solidificar a identidade da comissão, que deve desenvolver as seguintes atividades:
 - a) realizar interconsultas nas enfermarias e Unidade de Terapia Intensiva - UTI;
 - b) acompanhar os pacientes em Cuidados Paliativos internados em apoio à equipe assistencial;
- IV. Criar diretrizes de avaliação e atendimento em Cuidados Paliativos focados nas necessidades físicas (controle de sintomas) e psicossociais, individualizando as ações e prioridades em cada fase de evolução da doença, frisando seu caráter dinâmico, por meio do Projeto Terapêutico Singular;
- V. Proporcionar a desospitalização segura, encaminhar ao Serviço de Atenção Domiciliar - SAD, e orientar quanto à organização sociofamiliar, doméstica e insumos;
- VI. Estimular as equipes do HECAD a aprofundar seus conhecimentos em Cuidados Paliativos para que sejam multiplicadores desse conhecimento;
- VII. Criar um programa de formação e educação continuada em Cuidados Paliativos para os profissionais envolvidos;
- VIII. Estruturar medidas para prestação de assistência e seguimento aos cuidadores (familiares e profissionais do HECAD envolvidos com o paciente, inclusive no período de luto);
- IX. Oferecer aos pacientes e/ou à equipe, um conjunto de serviços que inclua:
 - a) abordagem de todos os sintomas e sofrimento agregado, em todas as suas dimensões;
 - b) avaliação prognóstica do paciente;

c) esclarecimentos dos objetivos, riscos e benefícios das diferentes modalidades terapêuticas em todas as fases de evolução da doença, contribuindo para o processo de tomada de decisão;

d) avaliação e utilização racional e coerente dos recursos disponíveis em cada caso com enfoque no paciente e não na doença, com base em decisão compartilhada prévia;

e) planejamento da alta, quando cabível;

f) estruturação e cumprimento do Projeto Terapêutico Singular;

g) programa de assistência ao luto;

X. Promover a avaliação contínua de padrão de qualidade do atendimento por critérios específicos contemplando o paciente, a família, os profissionais e o médico responsável pelo paciente;

XI. Promover a integração colaborativa com as demais comissões da Unidade;

XII. Estimular e orientar atividades de ensino e pesquisa na área de Cuidados Paliativos.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 4º A estrutura organizacional da Comissão de Cuidados Paliativos do HECAD é composta por:

- Presidente;
- Vice-Presidente;
- Grupo Consultivo de Indicação e Acompanhamento de Pacientes para Cuidados Paliativos, constituído por equipe multidisciplinar.

Parágrafo Único - Os Membros Efetivos serão, preferencialmente, representantes das seguintes áreas assistenciais do HECAD: Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeutas ocupacionais, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Assistentes sociais, Odontólogo, Fonoaudiólogos e Farmacêuticos.

Art. 5º As funções dos Membros não serão remuneradas.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 6º Ao Presidente da Comissão de Cuidados Paliativos do HECAD compete:

- I. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;
- II. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;
- III. Promover a convocação das reuniões;
- IV. Presidir suas reuniões;
- V. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do “voto de minerva”.
- VI. Indicar, dentre os Membros, os relatores dos expedientes;
- VII. Indicar Membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;
- VIII. Gerenciar indicadores do serviço de Cuidados Paliativos da Unidade e realizar análise crítica junto à Comissão e Diretorias na busca da melhoria contínua.

Art. 7º Aos Membros da Comissão de Cuidados Paliativos compete:

- I. Conhecer integralmente o Regimento Interno e cumprir as normas nele estabelecidas;
- II. Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- III. Efetuar estudos e instituir medidas de vigilância para o cumprimento das determinações estabelecidas pelo Presidente;
- IV. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para verificação, manutenção e desenvolvimento do grupo;
- V. Atuar como agente multiplicador;
- VI. Relatar e propor ações que visem o aprimoramento das atividades desenvolvidas;

VII. Implementar e supervisionar diretrizes instituídas presentes nos manuais e instrumentos elaborados;

VIII. Comunicar sobre os trabalhos realizados na sua área de atuação, relacionado à assistência paliativa;

IX. Participar de programas de treinamento, eventos e trabalhos científicos relacionados a filosofia dos Cuidados Paliativos;

X. Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

XI. Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art. 8º A Comissão realizará reuniões mensais ordinárias e, quando convocado por seu Presidente ou pela Diretoria da Unidade, poderão ocorrer reuniões extraordinárias.

Art. 9º As reuniões ordinárias e extraordinárias terão como *quórum* mínimo de 04 (quatro) elementos de sua composição, além do profissional responsável.

§ 1º Suas deliberações deverão ser pautadas na melhor conduta aceita na literatura no momento.

§ 2º Para o início dos trabalhos, tendo em vista os horários designados, haverá a tolerância de 10 (dez) minutos.

§ 3º As ausências deverão ser justificadas antes ou até 72 horas após a realização da reunião.

Art. 10º A convocação das reuniões ordinárias deverá seguir cronograma estabelecido previamente.

Art. 11º As reuniões e expedientes serão organizados pela Comissão.

Art. 12º Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação se houver divergências.

Art. 13º A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14º Os casos omissos ou não previstos neste Regimento serão avaliados pela Comissão e em grau de recurso, pela Diretoria da Unidade.

Art. 15º O presente Regimento Interno poderá ser alterado a qualquer tempo por decisão da Comissão ou seus ascendentes hierárquicos, devendo ser previamente submetido às Diretorias do HECAD.

Art. 16º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

2.1.29.3.3. Proposta de Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Cuidados Paliativos

Tabela 50 - Cronograma de Atividade Anual da Comissão de Cuidados Paliativos.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL DA COMISSÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS												
ATIVIDADES / MESES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
1. Criação da Comissão e aprovação do Regimento Interno.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2. Reuniões ordinárias da Comissão.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3. Apresentação de relatórios para Diretoria Técnica.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

2.2. AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE SUBJETIVA

2.2.1 ACOLHIMENTO

2.2.1.1. Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Emergência, conforme Classificação de Risco

O Manual é um documento onde estão descritas, de forma sistemática, as atividades e procedimentos que os serviços desempenham a fim de garantir segurança e qualidade das tarefas a serem executadas. Ele é utilizado como um guia dos processos, que também contribui com a correção de problemas.

O Pronto Atendimento do HECAD disporá de atendimento as urgências e emergências de porta aberta e referenciadas pelo Complexo Regulador Estadual durante 24 horas, todos os dias da semana. As especialidades médicas ofertadas inicialmente no Pronto Atendimento do HECAD serão Pediatria e Ortopedia Traumatologia Pediátrica.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência da Unidade a pessoas encaminhadas de forma espontânea, por meio do Serviço Móvel de Urgência - SAMU e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência - SIATE, ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme acolhimento com classificação de risco.

Visando assumir o compromisso de garantir a qualidade da assistência à população, a Agir, na gestão do HECAD, desenvolverá um Programa de Acolhimento na Unidade. O Programa será pautado em recepção acolhedora, classificação de risco, orientação social e apoio psicossocial, tendo o princípio da equidade como ponto prioritário.

O Acolhimento, sob a perspectiva desta proposta, se tornará uma prática técnico assistencial que pressupõe a formação qualificada e responsável dos colaboradores e desconstituição da prática vigente de filas. Assim, ele contribuirá para a autonomia do paciente diante de seu cuidado, uma vez que também significa facilitação de acesso da população aos serviços de saúde e

oferecimento de assistência adequada aos usuários acometidos de agravos relacionados à urgência e emergência.

I - Objetivo

O propósito deste manual é fornecer diretrizes ou regras sobre como executar, de maneira sistemática e humanizada, as atividades de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos pacientes e acompanhantes no Pronto Atendimento do HECAD, conforme Classificação de Risco.

II - Equipe

Para a execução da proposta considera-se a assistência em equipe multiprofissional, sendo esta composta por: Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Assistente Social, Psicólogo e Atendente de Hospitalidade.

2.2.1.2. Indicação das formas de notificação

Considerando a Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, que trata do imediatismo das Notificações Compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, soma-se este Manual a indicação das formas de notificação. Busca-se estabelecer que esta etapa de identificação dos casos elegíveis à notificação compulsória ocorra ainda no Acolhimento do paciente na Unidade.

A notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, desencadeia-se o processo informação-decisão-ação. A seleção das doenças/agravos para compor a lista de notificação nacional é estabelecida pelo MS e periodicamente revisada, tanto pela situação epidemiológica da doença/agravo, como pela emergência de novos agentes.

É papel da vigilância epidemiológica fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, disponibilizar informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo,

permitindo conhecer o comportamento da doença ou agravo, de forma a desencadear intervenções pertinentes com oportunidade e eficácia.

Segundo o MS, as funções da vigilância epidemiológica são:

- coleta de dados;
- processamento dos dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de controle apropriadas;
- promoção das ações de controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é o sistema a ser alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, segundo a Portaria GM/MS nº 420, de 02 de março de 2022. Dessa forma, é possível contribuir para a identificação e análise epidemiológica de determinada área geográfica, bem como para o seu planejamento em saúde.

O registro da notificação no SINAN é realizado por meio de 2 (dois) módulos:

1.Individual/Investigação: agravos compulsórios e agravos de interesse nacional que apresentam a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela SVS;

2.Individual/Conclusão: agravos de interesse estadual e municipal que apresentam a Ficha de Notificação e o módulo de conclusão.

A Ficha Individual de Notificação - FIN é preenchida pela Unidade para cada paciente, quando da suspeita e/ou confirmação de agravos e doenças de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Ela será utilizada para registro de notificação negativa, notificação individual por agravo, notificação de surto e de Inquérito de Tracoma.

Tipos de notificação compulsória

Segundo a Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, conceitua-se:

- **Notificação compulsória:** comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal.
- **Notificação compulsória imediata:** notificação compulsória realizada em até 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível;
- **Notificação compulsória semanal:** notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo;
- **Notificação compulsória negativa:** comunicação semanal realizada pelo responsável pelo estabelecimento de saúde à autoridade de saúde, informando que na semana epidemiológica não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória.

Figura 89 - Tipos de Notificação Compulsória.

TIPOS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

PORTARIA GM/MS Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016

agir

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	OCORRÊNCIA DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE DOENÇA, AGRAVO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA, PODENDO SER IMEDIATA OU SEMANAL.
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA	REALIZADA EM ATÉ 24 HORAS, A PARTIR DO CONHECIMENTO DA OCORRÊNCIA DE DOENÇA, AGRAVO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA, PELO MEIO DE COMUNICAÇÃO MAIS RÁPIDO DISPONÍVEL
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA SEMAMAL	REALIZADA EM ATÉ 7 (SETE) DIAS, A PARTIR DO CONHECIMENTO DA OCORRÊNCIA DE DOENÇA OU AGRAVO
NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NEGATIVA	COMUNICAÇÃO SEMANAL INFORMANDO QUE NA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA NÃO FOI IDENTIFICADO NENHUMA DOENÇA, AGRAVO OU EVENTO DE SAÚDE PÚBLICA CONSTANTE DA LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Propõe-se, para o HECAD, as seguintes normas e rotinas para Notificação Compulsória de Agravos e Doenças:

- No momento do atendimento, o profissional de saúde deverá identificar o caso passível de notificação, sendo estes casos suspeitos (investigação) ou confirmados.
- Ao identificar o caso, o profissional de saúde deverá preencher a aba de notificação compulsória, localizada no prontuário digital da criança ou adolescente, conforme imagem a seguir:

Figura 90 – Modelo de Notificação Compulsória no prontuário digital.

The screenshot shows a web interface for a digital medical record system. The top navigation bar includes the system name 'soulmv' and user information for 'JAIANE RODRIGUES PEREIRA VIEGA'. The main content area displays a 'NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA' form for 'FEBRE AMARELA'. The form is titled 'SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE FEBRE AMARELA'. It contains several sections: 'Dados Gerais' (General Data), 'Dados do Paciente' (Patient Data), 'Dados do Caso' (Case Data), and 'Dados do Caso' (Case Data). A red arrow points to the 'NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA' option in the left sidebar.

Fonte: Sistema Soul MV.

- Ficará sob responsabilidade do NVEH capacitar todos os profissionais da assistência para o olhar atento aos casos notificáveis e autonomia de notificação.
- Uma vez realizada a notificação pelo colaborador assistencial, a informação irá para um banco de dados da vigilância epidemiológica da Unidade.
- Caberá ao NVEH dar seguimento ao caso, realizando o registro da ficha no SINAN e notificando os órgãos competentes.
- Para casos de maior urgência, onde seja percebida situação de risco ou vulnerabilidade social da criança, caberá ao Assistente Social a articulação com órgãos de proteção social, visando a proteção integral da criança.

2.2.1.3. Indicação de Recepção

O caráter de atendimento às urgências e emergências por referenciamento e porta aberta pressupõe grande fluxo de pessoas no Pronto Atendimento, por 24 horas.

É imprescindível que toda a atenção dispensada ao paciente e/ou familiar na Unidade esteja em consonância com os princípios do SUS, conforme preconizado nas diretrizes constantes da PNH.

Figura 91 - Diretrizes da Política Nacional de Humanização.

DIRETRIZES DA PNH

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

agir



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Levando-se em consideração o princípio de ambiência da PNH, o espaço físico, social, profissional e as relações interpessoais estarão em sintonia com o projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nessa perspectiva, a experiência do usuário será vivenciada desde a sua entrada na Unidade.

É importante destacar que a escuta qualificada - com respeito e atenção - e a capacidade de diálogo, serão os princípios utilizados na garantia do processo humanizado, buscando-se atingir o objetivo da oferta de assistência qualificada ao usuário do SUS.

A proposta diferencial para as Recepções do HECAD é a contratação de Atendentes de Hospitalidades, trazendo um modelo de recepcionar baseado em:

- Causar uma primeira impressão memorável;
- Realizar contato visual e ser gentil;
- Cumprimentar e dar boas-vindas a cada pessoa recém-chegada;
- Buscar o contato com o paciente e/ou acompanhante;
- Proporcionar imediata recuperação do atendimento;
- Manter linguagem corporal apropriada o tempo todo;
- Preservar a experiência de “encantamento” para o paciente/ acompanhante;
- Agradecer cada pessoa atendida.

O propósito do Atendente de Hospitalidade no HECAD é criar uma cultura de recepcionar com gentileza. Dentre as estratégias para o bom desenvolvimento do cargo, será estabelecido que o acompanhante avalie seu nível de satisfação ao final do atendimento. Tal avaliação será um indicador monitorado pela gestão, que poderá beneficiar o colaborador com gratificação de remuneração variável.

Propõe-se para o HECAD as seguintes normas e rotinas para o atendimento nas Recepções:

- Os Atendentes de Hospitalidade receberão treinamento, enfatizando continuamente que a recepção é um espaço de acolhimento.
- As Recepções disporão de totem para emissão de senhas e painéis para o seu acionamento com sistema visual e sonoro, tendo em vista que é um sistema moderno, possibilitando a acessibilidade e de fácil uso.
- O aparelho fará a emissão de senha a partir do serviço buscado pelo paciente para gerenciar as filas de forma organizada e equânime, considerando as prioridades estabelecidas em legislação.
- A senha regulará a ordem de chegada e o tempo de espera para o serviço que o usuário necessita. Porém, é preciso considerar que, para a Recepção

do Ambulatório, o atendimento será realizado com horário previamente agendado.

- Uma vez acolhido o paciente na Recepção, o Atendente de Hospitalidade fará o registro e coleta de dados inicial e o direcionará ao serviço que ele necessita.
- Questões estruturais da Recepção da Unidade serão consideradas na garantia da ambiência do HECAD, como banheiro acessível, fraldário, disponibilidade de água potável, ambiente climatizado, área de espera com TV, paredes plotadas com imagens infantis acolhedoras, fluxo puxado de atendimento etc., proporcionando assim um ambiente de cuidado mais acolhedor, resolutivo e humano.
- Os mobiliários serão confortáveis, acessíveis, e com layout moderno, em quantidade suficiente, possibilitando uma espera sentada, preconizando a privacidade do paciente.

A Unidade disponibilizará equipamentos que permitirão a informação ao usuário ou familiar em espera, como por exemplo, televisores veiculando informações em saúde, relógios, murais informativos, placas legíveis com a identificação dos serviços, ouvidoria, dentre outros.

A espera na Recepção será um momento propício para o desenvolvimento de diversos projetos de educação em saúde.

2.2.1.4. Indicação de orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na Emergência

A proposta de acolhimento pautada pelas diretrizes da PNH sugere a adoção de uma postura ética, que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

O processo de produção da saúde compreende as relações de uma intrincada rede de atores, que em aspectos gerais, podem ser divididos em usuários, trabalhadores e gestores da saúde.

Segundo o MS, a Humanização pode ser entendida como a valorização desses diferentes sujeitos que participam do cotidiano da construção da saúde

pública. Engloba o entendimento aprofundado das singularidades deles, com vistas à uma assistência mais ampla e personalizada. Requer uma mudança profunda nas relações afetivas e de trabalho dos profissionais de saúde com os usuários, entre os profissionais de saúde, gestores, enfim, demanda a construção e/ou sedimentação de um novo fazer, pautado na ética das ações e no respeito à individualidade.

A PNH foi criada em 2003, tendo como referência diversas experiências positivas de gestão/assistência ocorridas dentro da própria rede. Ela se sustenta nos princípios da autonomia e protagonismo dos sujeitos, da corresponsabilidade, do estabelecimento de vínculos solidários, construção de redes de cooperação e da participação coletiva no processo de gestão.

Com base nas informações sobre o HECAD constantes no Instrumento de Chamamento Público N° 005/2022- SES/GO e considerando o perfil dos serviços que se pretende oferecer, faz-se necessário dimensionar profissionais do Serviço Social e Psicologia enquanto partícipes do trabalho de acolhimento do paciente - não apenas enquanto assistência multiprofissional na Internação e Ambulatório, mas também como apoio, com orientação social e apoio psicossocial na urgência e emergência.

Entende-se que os Atendentes de Hospitalidade da Recepção, ainda que partícipes do Serviço de Acolhimento, não dispõem de conhecimento técnico e específico sobre a Rede de Atenção a Saúde – RAS para oferecer ao paciente/acompanhante. Desta forma, como citado, Assistente Social e Psicólogo, somarão no Serviço de Acolhimento, juntamente com Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico.

I - Orientação Social

Os profissionais do Serviço Social estarão dispostos em salas de atendimento em locais estratégicos, próximo à recepção, de forma que o acesso a eles seja facilitado, evitando qualquer tipo de barreira.

A Orientação Social oferecida pelo Assistente Social visará orientar o paciente e/ou familiar em relação a questões práticas sobre a RAS, fluxos de regulação, fluxo para acesso a insumos e serviços, direitos e deveres junto ao SUS, normas e rotinas da Unidade, contexto de risco e/ou vulnerabilidade social

que extrapola a política de saúde etc., buscando sempre a autonomia do usuário diante de seu cuidado de saúde.

Para que o Serviço Social realize a orientação adequada ao usuário, informações socioeconômicas serão coletadas deste. Com vistas a entender melhor os determinantes sociais que envolvem o contexto de saúde do paciente, o profissional buscará compreendê-lo em sua integralidade, para que o profissional, com conhecimento das particularidades da RAS, possa ser assertivo em sua orientação.

O Assistente Social deverá ter sua sala de atendimento instalada próximo a sala de Acolhimento e Classificação de Risco, devendo estar em contato próximo tanto com o Enfermeiro da Classificação quanto com o Atendente de Hospitalidade.

Uma vez que o paciente é classificado conforme a escala de *Manchester*, é comum que surjam questionamentos dos familiares quanto a ordem de atendimentos, fluxo de trabalho da Unidade etc. Nestes casos, o Assistente Social poderá intervir pós classificação, a partir das informações trazidas pelo enfermeiro responsável pela triagem e pelo familiar.

O objetivo é que o Assistente Social acolha o familiar, realize as orientações sociais necessárias, proporcionando maior segurança ao paciente e familiar sobre o serviço ofertado, e mediante estabelecimento de vínculo, possa apoiá-lo por meio do acompanhamento psicossocial durante sua permanência no Pronto Atendimento.

Outro importante papel que será assumido pelo Assistente Social no Acolhimento do HECAD diz respeito a especial atenção sobre as crianças e adolescentes em situação de risco ou vulnerabilidade social, como vítimas de violência física, psicológica, sexual etc., doenças crônicas descompensadas em decorrência de desamparo ou fragilidade familiar, desnutrição, suspeita de maus tratos, negligência, entre outras questões.

Qualquer situação que coloque a criança ou adolescente em contexto de risco ou vulnerabilidade social, ainda que o caso não caiba notificação compulsória, deverá ser observada pelo Assistente Social, o qual deverá intervir

por meio de orientações sociais, bem como articulação com a Rede de Proteção Social, quando necessário.

O fato de acionar algum órgão de proteção ou demais equipamentos da Rede de Proteção Social não objetiva, necessariamente, punir ou causar quaisquer transtornos ao familiar responsável. Em atenção ao Estatuto da Criança e do Adolescente, este público deverá ter especial atenção do Estado, e seu direito de saúde garantido em sua integralidade.

Para exemplificar, ao investigar a causa de desnutrição da criança, ao ser evidenciado que o domicílio não é contemplado pela Estratégia Saúde da Família, o que impediu de ter acesso a receita do leite especial indicado, a intervenção do Assistente Social junto a RAS do município, neste caso, pode gerar impactos positivos na vida da criança, com devida assistência em seu território, evitando reinternações.

II - Apoio Psicossocial

O apoio psicológico, realizado pelo Psicólogo, também será um aliado no processo de acolhimento do paciente e da família, por meio da oferta de suporte emocional, orientação, prevenção, informação, clarificação da informação passada por outros profissionais acerca de prognóstico, indicação de tratamento etc., fortalecendo a relação equipe e paciente, conforme diretrizes da PNH e explorando os enfoques biológico, psicológico e social do paciente e da família.

É importante destacar que o apoio psicossocial da Unidade trabalhará na perspectiva de estimular o protagonismo e autonomia dos usuários, apontando caminhos para que ele busque o exercício da cidadania frente à política de saúde e suas demandas.

Uma vez admitido no Pronto Atendimento do HECAD, tanto o paciente quanto o familiar de referência serão acolhidos pelas equipes de Serviço Social e Psicologia, momento em que serão coletados dados psicossociais do paciente que auxiliarão no Plano Terapêutico Singular - PTS.

Na ocasião, serão orientados sobre normas e rotinas da Unidade, bem como direitos e deveres do paciente, ao longo da internação, tais como visitantes, acompanhantes, boletim médico, horário de visita médica, alimentação etc. Será repassado ao familiar, ainda, um protocolo de acesso ao

boletim eletrônico do paciente (*link* ou *QR code*), onde informações serão atualizadas pela equipe multidisciplinar, diariamente.

O apoio psicossocial ao paciente e familiar estarão de fácil acesso ao Pronto Atendimento, sendo os pacientes encaminhados para as observações, acompanhados durante todo o período até a decisão médica sobre internação ou alta.

Acesso à Informação

É direito do paciente e da família o acesso à informação sobre o seu estado de saúde, de forma clara, objetiva e respeitosa, conforme preconizado em legislação. No HECAD pretende-se estabelecer em caráter obrigatório, um fluxo de acesso à informação, conforme demonstrado na matriz abaixo:

Tabela 51 - Matriz de acesso à informação.

PACIENTE ADMITIDO NA EMERGÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Para os casos admitidos no Pronto Atendimento, o paciente e familiar de referência serão acolhidos pelo Assistente Social da Unidade, ocasião em que serão coletados dados do paciente, sua rede de apoio, bem como prestadas orientações sobre fluxo de atendimento de emergência acerca de triagem, exames e avaliação médica. • Caso o paciente permaneça por período superior a 2 (duas) horas na Emergência, o Médico deverá fornecer boletim à família, informando sobre possíveis diagnósticos e previsões (alta, transferência ou internação). • O boletim ocorrerá pessoalmente pelo médico, e se necessário contará com o apoio do Psicólogo para clarificação das informações.
--	---

<p>PACIENTE INTERNADO NA ENFERMARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O Médico responsável realizará visita à beira leito ao paciente, diariamente, para avaliação, ocasião em que informará ao paciente e acompanhante sobre seu quadro clínico. • Diariamente, as equipes médica e de enfermagem preencherão o boletim eletrônico em sistema utilizado pela Agir, com prazo limite de preenchimento até as 13 horas. Em dias aleatórios, a equipe de Psicologia também emitirá boletins eletrônicos, com informações referentes à saúde mental do paciente (crianças com condições de atendimento psicológico). • A família receberá um protocolo de acesso ao boletim eletrônico, onde poderá acessar as informações remotamente por aparelho celular ou computador.
<p>PACIENTE INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diariamente, o Médico responsável realizará visita à beira leito ao paciente para avaliação, ocasião em que informará ao paciente e acompanhante sobre seu quadro clínico. • Diariamente, as equipes Médica e de Enfermagem, preencherão 2 (dois) boletins eletrônicos em sistema utilizado pela Agir, sendo um até as 7 (sete) horas e outro até as 19 horas. Em dias aleatórios, a equipe de Psicologia também emitirá boletins eletrônicos, com informações referentes à saúde mental do paciente (crianças com condições de atendimento psicológico). • A família receberá um protocolo de acesso ao boletim eletrônico, onde poderá acessar as informações remotamente por aparelho celular. • Além do boletim eletrônico, o acompanhante receberá informações clínicas diretas do Médico responsável, pessoalmente, durante o horário de visita.

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Classificação de Risco

A PNH dentre suas ações destaca a Classificação de Risco - CR na organização do atendimento das urgências e emergências dentro das Instituições públicas, priorizando o atendimento e levando em consideração o risco de morte, ou agravos à saúde e o grau de sofrimento.

A cartilha publicada pelo MS traz sugestões de protocolos a serem seguidos, além de uma categorização dos níveis de atendimento baseado em

cores, sendo cada cor indicativa do nível em que se encontram as condições clínicas do usuário.

Missão do Acolhimento com Classificação de Risco

- Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- Humanizar o atendimento;
- Garantir um atendimento rápido e efetivo;
- Promover escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência, considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Atuar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

Propõe-se, para o HECAD, as seguintes normas e rotinas para a Classificação de Risco:

O HECAD disporá de uma equipe de Acolhimento e Classificação de Risco, 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. Esta equipe será formada, minimamente, por Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Assistente Social, Psicólogo e Atendente de Hospitalidade.

Deve-se, no entanto, considerar as seguintes especificidades da Unidade:

- O usuário advindo de forma regulada pelo Complexo Regulador Estadual com Autorização de Internação Hospitalar – AIH será encaminhado ao leito de destino na internação, não havendo necessidade de atendimento no acolhimento. Tal medida otimizará o fluxo de circulação do paciente, evitando medidas desnecessárias. A família do paciente receberá atendimento psicossocial, sendo orientada quanto às normas e rotinas da Unidade, além de direitos e deveres do paciente e da família, frente à hospitalização;

- O usuário advindo de forma regulada pelo Complexo Regulador Estadual com encaminhamento para avaliação de Urgência, será classificado em fluxo normal de Acolhimento e Classificação de Risco. Caso o usuário venha transportado pelo SAMU ou Corpo de Bombeiros, considera-se que o usuário precisa ser atendido com agilidade. Portanto, ele deverá ser classificado em fluxo normal de Acolhimento e Classificação de Risco e ser direcionado para atendimento médico imediato.
- O usuário que procurar atendimento no HECAD por demanda espontânea (sem regulação) será classificado em fluxo normal de Acolhimento e Classificação de Risco. Vale dizer que a incidência de pacientes admitidos por demanda espontânea e classificados com menor complexidade (verde e azul) tende a ser alta, devendo o Enfermeiro em conjunto com o Assistente Social estar atento a compreensão e receptividade da família, podendo intervir com orientações sociais, quando necessário.

O acolhimento do paciente no serviço de Urgência será realizado por meio de um Protocolo de Classificação de Risco, objetivando a priorização do atendimento, de acordo com a gravidade do caso.

O Enfermeiro será o profissional designado para a avaliação e classificação de risco do paciente, substituindo a triagem excludente por um modelo de classificação acolhedor. Dentre os protocolos de classificação de risco já existentes, será mantido o Protocolo Internacional de Manchester.

O Enfermeiro responsável pela classificação selecionará o fluxograma mais adequado para a queixa principal, história clínica e sinais e sintomas apresentados pelo paciente, classificando o paciente em uma das 5 (cinco) categorias:

- Emergência (vermelho): avaliação imediata pelo Médico;
- Muito Urgente (laranja): avaliação em até 10 (dez) minutos;
- Urgente (amarelo): avaliação em até 60 minutos;
- Pouco Urgente (verde): avaliação em até 2 (duas) horas, e;
- Não Urgente (azul): avaliação em até 4 (quatro) horas.

Figura 92 - Protocolo de Manchester.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Processo de Classificação

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e

tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do profissional Enfermeiro.

A seguir, proposta do fluxo do atendimento e classificação de risco:

Figura 93 - Fluxo para Classificação de Risco.

FLUXO DE ATENDIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

agir



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Vale ressaltar que nenhum paciente será dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e avaliado de forma responsável, com posteriores encaminhamentos conforme demanda.

Critérios de Classificação:

- Apresentação usual da doença;
- Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor etc.);
- Situação (queixa principal);
- Avaliação inicial (sinais vitais, saturação de oxigênio, escala de dor, escala de *Glasgow*, doenças preexistentes, idade, dificuldade de comunicação);

OBS.: A reavaliação deverá ser constantemente, uma vez que, ao longo do tempo, a classificação poderá sofrer alteração.

2.2.1.2. Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Usuários

O paciente internado no HECAD será atendido em seu direito à visita, conforme preconizado pela Portaria GM/MS Nº 1.820/2009, ressalvadas as situações técnicas não indicadas. Está previsto na legislação referenciada o direito à:

- Visita diária, presencialmente, em todas as unidades de internação, de um familiar ou pessoa que mantenha vínculo com o paciente;
- O recebimento de visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar sendo facultado a esse profissional o acesso ao prontuário;
- O recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros.

Além disso, por se tratar de público pediátrico, e considerando as inúmeras alterações de rotina que o paciente é submetido ao longo de uma internação, poder familiarizar o paciente com algum aspecto que o faça sentir-se menos distante de sua rotina doméstica é favorável para que seu humor permaneça estável e seu estado psicológico geral seja compensado.

É importante considerar que, em função da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), o MS publicou, em 2020, uma nota intitulada “Recomendações para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante a pandemia de COVID-19”. O documento sugere suspender as visitas aos pacientes, com o objetivo de diminuir a circulação de pessoas nas unidades de saúde e, conseqüentemente, conter a disseminação do vírus.

Diante disso, ainda que o contexto pandêmico esteja controlado segundo as autoridades de saúde, poderão ocorrer alterações temporárias no fluxo de visitas do HECAD, oferecendo segurança para a Instituição, paciente, visitante e colaboradores.

Instrução com Definição de Horários

As visitas aos pacientes do HECAD ocorrerão diariamente em todas as unidades de internação, em período vespertino, com intervalo de 30 minutos de

uma unidade para outra, evitando aglomerações de pessoas na Recepção Principal, bem como fluxo intenso de circulação no nosocômio.

Será permitida a entrada de 1 (um) visitante para cada paciente da Enfermaria, e 2 (dois) visitantes para cada paciente da UTI. A quantidade de pessoas e horário poderão ser flexibilizados quando se tratar de paciente em Cuidados Paliativos ou outro contexto cuja presença da família faça parte do projeto terapêutico.

Os horários sugeridos são:

Tabela 52 - Horários de visita a pacientes internados no HECAD, por unidade de internação.

Unidade	Horário
UTI 1 - Respiratória	13:00
UTI 2 – lado A	13:30
UTI 2 – lado B	14:00
Enfermaria – Ala 1	14:30
Enfermaria – Ala 2	15:00
Enfermaria – Ala 3	15:30
Enfermaria – Ala 4	16:00

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Instrução com Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas e Usuários

Enfermarias:

- Poderão realizar visitas nas enfermarias pessoas acima de 12 anos de idade, conforme horário estabelecido acima;
- O visitante deverá ser, preferencialmente, alguém que tenha vínculo afetivo com o paciente, tenha carinho e paciência, além de condições emocionais para resolução de questões práticas e burocráticas;

- O visitante deverá identificar-se na recepção principal do HECAD com documento de identidade com foto (CNH, RG, Passaporte, Carteira de Trabalho, Registro Profissional) para ter acesso ao setor de internação;
- O visitante receberá de um psicólogo as orientações necessárias para adentrar à enfermaria e será conduzido ao leito, quando for o caso;
- As medidas adotadas pelo SCIH da Unidade deverão ser respeitadas pelo visitante, para prevenir e controlar a disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar;
- As normas e diretrizes estabelecidas pelo Serviço de Monitoramento e Segurança da Unidade também deverão ser consideradas pelos visitantes;
- O visitante deverá higienizar as mãos com álcool em gel antes e após a visita;
- As visitas deverão ser suspensas em caso de visitante que apresentar febre, gripe, resfriado ou diarreia, bem como qualquer doença transmissível;
- O visitante também será orientado a lavar as mãos ou utilizar álcool gel antes e após prestar qualquer cuidado ao paciente e ao sair do HECAD.

Unidades de Terapia Intensiva:

- Poderão realizar visitas nas UTI, até 2 (duas) pessoas por paciente, acima de 14 anos de idade, sendo pelo menos um adulto, conforme horário estabelecido;
- O visitante deverá ser, preferencialmente, alguém que tenha vínculo afetivo com o paciente, tenha carinho e paciência, além de condições emocionais para resolução de questões práticas e burocráticas;
- O visitante deverá identificar-se na recepção principal do HECAD mediante apresentação de documento de identidade com foto (CNH, RG, Passaporte, Carteira de Trabalho, Registro Profissional) para ter acesso ao setor;
- O visitante receberá de um Psicólogo as orientações necessárias para adentrar à UTI e será conduzido ao leito;
- As medidas adotadas pelo SCIH da Unidade deverão ser respeitadas pelo visitante, para prevenir e controlar a disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar;

- As normas e diretrizes estabelecidas pelo Serviço de Monitoramento e Segurança do HECAD também deverão ser consideradas pelos visitantes;
- O visitante deverá higienizar as mãos com água e sabão e/ou utilizar álcool em gel antes e após a visita na UTI;
- As informações sobre o estado clínico do paciente serão repassadas durante a visita, diariamente, pelo Médico da Unidade, acompanhado, preferencialmente por um Psicólogo;
- As visitas deverão ser suspensas em caso de visitante que apresentar febre, gripe, resfriado ou diarreia, bem como qualquer doença transmissível;
- O visitante também será orientado a lavar as mãos ou utilizar álcool gel antes e após prestar qualquer cuidado ao paciente e ao sair do HECAD.

Não será permitido ao visitante:

- Entrar com arranjos florais, imagens sacras e orações impressas;
- Utilizar aparelho celular na UTI;
- Dirigir-se a outros leitos;
- Entrar com alimentos;
- Tirar fotos e/ou realizar filmagens do paciente ou da Unidade;
- Adentrar a UTI portando bolsas, sacolas e demais objetos;
- Sentar ou deitar no leito do paciente, bem como utilizar utensílios e materiais de uso exclusivo da Unidade;
- Mexer nos equipamentos ou interferir nos procedimentos médico-hospitalares;
- Fumar nas dependências do HECAD (Lei Federal nº 9.294/1996);
- Utilizar banheiros de outros quartos ou colaborar no cuidado de outros pacientes;
- Ingerir as dietas destinadas ao paciente, bem como oferecer alimentos não permitidos/autorizados pelo Serviço de Nutrição;
- Jogar lixo no chão, jogar objetos pelas janelas, deixar alimentos expostos ou guardados em gavetas.

2.2.2. ATENDIMENTO

2.2.2.1. Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, conforme previsão da legislação vigente

A PNH traz um novo conceito que busca tornar a experiência do paciente mais confortável, melhorando suas relações com os familiares e com o ambiente externo. A ideia é tornar gestores, profissionais da saúde e usuários do SUS comprometidos e corresponsáveis por um cuidado humanizado e uma relação mais próxima entre os envolvidos.

Assim, ações e iniciativas de humanização percorrerão todos os setores do HECAD. Enquanto estiver em atendimento na Unidade, o paciente permanecerá em período integral com o acompanhante, que pode ser um familiar ou pessoa com quem mantenha vínculo afetivo. Sabe-se que o público-alvo dos serviços oferecidos pelo HECAD são crianças e adolescentes e, conforme a Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, este público tem direito ao acompanhante em todo o processo de cuidado de saúde.

O acompanhante deverá ter idade igual ou superior a 18 anos e deverá ser, preferencialmente, familiar de primeiro grau, alguém que tenha vínculo afetivo com o paciente, tenha carinho e paciência, além de condições emocionais para resolução de questões práticas e burocráticas.

No caso de genitores adolescentes, ou seja, menores de 18 anos, é garantido ao mesmo o direito de permanecer com a criança internada. Para casos como esse de possível fragilidade familiar, toda a equipe será motivada a oferecer maior atenção e proteção, sobretudo com ações de educação em saúde, capacitando aquele adolescente aos cuidados da criança internada.

Será permitido apenas 1 (um) acompanhante por paciente, devendo este estar devidamente identificado. Não são recomendados acompanhantes que se enquadrem nos grupos de risco (maiores de 60 anos, obesos, hipertensos, diabéticos, com imunidade baixa ou com doenças pulmonares ou cardíacas).

Pretende-se implantar no HECAD um modelo de cuidado acolhedor ao acompanhante, que deve ser iniciado ainda na Recepção com a equipe de

Acolhimento, que será treinada conforme os preceitos da PNH acerca da escuta qualificada com respeito e atenção.

2.2.2.1. Enfermaria e UTI

De forma a assegurar um cuidado seguro para pacientes, famílias e profissionais, alguns pontos são importantes de serem ressaltados:

- As Enfermarias e UTI terão condições adequadas para alojar os acompanhantes de crianças e adolescentes internados, em período integral. Para isto, possuirão poltronas reclináveis para uso dos acompanhantes;
- Poderá haver troca de acompanhante até 2 (duas) vezes ao dia, sendo uma entre 7 e 8 horas e outra entre 19 e 20 horas, de forma que familiares possam revezar no cuidado prestado à criança;
- Para pacientes advindos do interior do Estado, o Serviço Social do HECAD manterá acompanhamento da família durante toda a internação, acionando o município de origem para suportes diversos, transporte, casa de apoio, dentre outros recursos que garantam maior proteção ao paciente e familiares;
- Serão respeitadas as medidas adotadas pelo SCIH do HECAD para prevenir e controlar a disseminação de microrganismos no ambiente de assistência hospitalar e ambulatorial;
- As normas e diretrizes estabelecidas pela equipe responsável pelo monitoramento e segurança da Unidade deverão ser respeitadas, rigorosamente;
- Para os pacientes em Enfermarias ou leitos de UTI privativos, paciente e acompanhante terão banheiros individuais. Para as demais Unidades, considera-se o uso coletivo dos espaços, sendo compartilhados banheiros e lavatórios;
- A limpeza do ambiente será realizada diariamente e sempre que necessário, conforme rotina do Serviço de Higienização Hospitalar;
- Serão oferecidas 4 (quatro) refeições diárias para o acompanhante (desjejum, almoço, lanche e jantar), conforme cardápio padronizado, sem ônus, de acordo com condições estabelecidas na legislação específica;

- Para os pacientes em Enfermarias ou leitos de UTI privativos, as refeições dos acompanhantes serão servidas no quarto. Para os pacientes em UTI aberta será viabilizada uma copa exclusiva para uso dos acompanhantes, em local próximo à UTI;
- O enxoval destinado ao acompanhante (lençol, toalha e coberta) será oferecido e trocado de acordo com a rotina estabelecida pelo Serviço de Processamento de Roupas da Unidade;
- A higienização das roupas de uso pessoal do acompanhante/cuidador será de responsabilidade dele;
- Será recomendada a não utilização de *shorts*, roupas muito curtas, transparentes e a circulação com roupas íntimas ou sem camisa nas dependências da Unidade;
- Para cada leito de internação (UTI ou Enfermaria) será dispensado um armário pequeno de cabeceira para guarda dos pertences básicos de uso do acompanhante, tais como itens de higiene pessoal e carregador de celular;
- O HECAD contará com uma sala dedicada a guarda de pertences de pacientes e acompanhantes, considerando que é comum famílias levarem excesso de pertences para uma internação. O setor funcionará 24 horas por dia e contará com um profissional responsável pela gestão do local;
- Pretende-se, ainda, reservar um espaço para convivência, reuniões e/ou conversas reservadas com os acompanhantes em situações delicadas, como para comunicar diagnóstico, prognóstico, óbito, evento, etc. O espaço terá especial preocupação com ambiência sendo um espaço arejado, calmo, equipado com poltronas confortáveis, decoração e disponibilização de *wi-fi*. A sala será de fácil acesso para bebedouro e banheiro e ficará sob responsabilidade da equipe de Psicologia e Serviço Social para acompanhamento e humanização em todas as ações realizadas no local.

2.2.2.2. Centro Cirúrgico

A abordagem cirúrgica ao público pediátrico requer estabelecimento de protocolos que não se atenham apenas ao ato operatório mas, também, e principalmente, nos períodos pré e pós-operatórios.

A experiência cirúrgica pediátrica faz com que paciente e familiar se deparem com inúmeras exigências e enfrentamentos, tais como tempo de espera, jejum prolongado, ansiedade, medos, dentre outros.

Essa situação vivenciada pelas crianças e seus familiares demanda atenção, disponibilidade para conversar, esclarecimentos de dúvidas, observação contínua e sistematizada de toda a equipe.

A perspectiva de cuidado prevista para o HECAD no Centro Cirúrgico prevê a presença do acompanhante do paciente em todo o processo pré-operatório, inclusive até o momento da indução anestésica. Após sedação da criança/adolescente, o familiar será encaminhado a uma sala de acolhimento próxima ao Centro Cirúrgico, onde poderá permanecer até o final do procedimento.

O local destinado ao acolhimento desses acompanhantes terá especial atenção a ambiência, sendo um espaço arejado, calmo, equipado com poltronas confortáveis, decoração e disponibilização de *wi-fi*. A sala será de fácil acesso para bebedouro e banheiro.

O local terá um aparelho televisor para que o acompanhante visualize atualizações de informações do paciente em procedimento cirúrgico. A sala de espera ficará sob responsabilidade da equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico.

As equipes de Psicologia e Serviço Social darão suporte com orientação social, articulação com outras equipes da Unidade e suporte emocional aos acompanhantes, quando necessário.

Ao término da cirurgia, a criança será levada para um leito de Recuperação Pós-Anestésica - RPA, onde o familiar poderá retomar o acompanhamento, de forma que a criança finalize o processo de sedação sentindo-se segura.

Deste momento em diante o acompanhante deverá permanecer com o paciente até o retorno para o leito de internação (Enfermaria ou UTI).

2.2.2.3. Ambulatório

Todos os colaboradores da Unidade serão capacitados na perspectiva de garantir ao usuário e acompanhante o direito à informação sobre sua saúde. Além disso, eles serão instruídos no que se refere ao dever de divulgar informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, conforme previsto na Lei nº 8.080/1990 e Portaria GM/MS nº 1.820/2009.

Para garantir um cuidado humanizado para pacientes e acompanhantes, todos os consultórios de atendimento ambulatorial do HECAD terão 2 (duas) cadeiras, de forma a receber de forma confortável paciente e acompanhante.

Além disso, os consultórios dedicados ao atendimento ambulatorial multiprofissional como Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Fonoaudiologia serão decorados com tatames coloridos, brinquedos e ferramentas de trabalho lúdicas que facilitem a adesão do paciente ao serviço ofertado.

O atendimento a uma criança encaminhada ao ambulatório multiprofissional com histórico de diabetes descompensada e baixa adesão à dieta recomendada, por exemplo, pode não alcançar o efeito esperado no cuidado tradicional de consultório, onde profissional, paciente e familiar se reúnem ao redor de uma mesa e conversam de forma técnica. Nesse caso, o cuidado deverá ser ofertado de forma lúdica.


O brincar é uma linguagem não verbal que possibilita a catarse elaborativa imediata, com ação sobre o equilíbrio psicossomático, produzindo uma atmosfera curativa. As crianças com idade inferior a 3 (três) anos dispõem de escassos recursos simbólicos para compreender a situação em que se encontram, cercada de elementos estranhos e potencialmente hostis, e tem dificuldade de elaborar os fatos através de linguagem verbal, inserindo-os num código significativo.

Pretende-se estabelecer, não somente no ambulatório mas em todos os espaços assistenciais do HECAD, a cultura do brincar. E, no serviço ambulatorial, o familiar deverá participar de todo o processo, isento de julgamentos pela equipe, sendo sempre acolhido nas demandas da criança.

Um dos serviços ofertados pelo ambulatório será a atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Neste espaço, pretende-se acolher de forma protegida, tanto paciente quanto acompanhante.

Os consultórios serão identificados com nomes genéricos com objetivo de não gerar exposição e os atendimentos serão realizados de forma discreta e digna, tendo a intimidade da vítima protegida e a presença integral do acompanhante durante todo o cuidado na Unidade.

Nessa primeira etapa da jornada do acompanhante, ele receberá uma cartilha, via *QR code* ou impressa, contendo todas as orientações e recomendações necessárias para uma experiência positiva na Unidade, conforme modelo a seguir:



Manual do Paciente

Quem, o que e como

**SAIBA TUDO SOBRE O SEU PERÍODO DE
INTERNAÇÃO NO HOSPITAL ESTADUAL
DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

SUMÁRIO

➤ Quem Somos	03
➤ Internação	06
➤ Acompanhantes	09
➤ Regras	11
➤ O hospital também é seu	13
➤ Como eu pertences	15
➤ Alimentação, Medicações e Banheiro	17
➤ Brinquedoteca e Prática religiosa	19
➤ Ouvidoria	20
➤ Alta Hospitalar	21
➤ Expediente	24



0724

QUEM SOMOS?

Seja Bem-vindo(a) ao HECAD!
Nós da equipe do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) lhe desejamos uma internação tranquila para a recuperação de sua saúde. Trabalhamos todos os dias para oferecer um atendimento de qualidade e humanizado. Aqui, você receberá tratamento dos melhores médicos de Goiás e uma equipe multidisciplinar altamente capacitada. Caso algo não saia como esperado, nos avise. O HECAD está em constante aperfeiçoamento e sua opinião vale muito.



A ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE (AGIR)

Ao longo de 20 anos de atuação, a Agir promove soluções em gestão e gerenciamento para o setor de saúde, assim como realiza atenção e assistência em saúde por meio de suas unidades administradas, com excelência dos processos e transparência na aplicação dos recursos com foco nos melhores resultados. Com o apoio e a supervisão de suas estruturas legais, Conselho de Administração e Diretoria, e empenho de seus gestores, profissionais, parceiros e associados, a Agir sempre garantiu eficiência, eficácia e efetividade aos planos de trabalho e indicadores pactuados em suas parcerias, relativos a metas de atendimento e aplicação vinculada de recursos públicos para complementar, com êxito, a execução da política de saúde pública.



O HECAD

O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD), é uma unidade da rede estadual de saúde, 100% público, que realiza atendimentos de média e alta complexidade. Iniciou suas atividades no ano de 2021, com uma gestão moderna e infraestrutura adequada para o melhor atendimento a criança.



0727

VOU SER INTERNADO(A). E AGORA?



O HECAD é um hospital que possui uma equipe completa de saúde. Você será atendido por diversos profissionais, conforme a sua necessidade. O período de internação do HECAD depende da resposta do seu tratamento. Enquanto estiver internado(a), é importante que você entenda sobre o funcionamento do hospital e suas principais regras. Acompanhe:

0728

COMO É FEITA A MINHA INTERNAÇÃO?

O HECAD é um hospital que possui uma equipe completa de saúde. Você será atendido por diversos profissionais, conforme a sua necessidade. O período de internação do HECAD depende da resposta do seu tratamento. Enquanto estiver internado(a), é importante que você entenda sobre o funcionamento do hospital e suas principais regras. Acompanhe:

Ao chegar no HECAD você recebe atendimento na Recepção de Internação. Lá é realizado o seu "check-in", assim como acontece quando você chega a um hotel. Neste espaço, um médico também faz uma avaliação inicial para prescrever os primeiros remédios e sua dieta. Isso só não se aplica para casos de UTI.



0729

Na Recepção de Internação a criança recebe ainda uma pulseira de identificação. Isso serve para que a equipe saiba exatamente quem você é. Para sua segurança, todos os profissionais vão conferir a pulseira de identificação, perguntando repetidas vezes o nome e data de nascimento. Isso não quer dizer que conhecem a criança, mas é uma medida de segurança para garantir que o procedimento seja realizado corretamente.

A pulseira poderá ter etiquetas coloridas, que correspondem aos riscos que ela está vulnerável (quedas, alergias e infecções, por exemplo). Para cada um destes riscos, existem medidas de prevenção que deverão ser seguidas por você e por toda a equipe, onde também se aplica para casos de UTI.



0730

É OBRIGATÓRIO TER ACOMPANHANTE?



SIM! É um direito da criança e do adolescente e um dever da família – O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe que todos os menores de idade devem estar acompanhados em consultas médicas. Por isso, nas internações, o acompanhamento deve ser em tempo integral por um dos pais ou responsável.

QUEM PODE SER MEU ACOMPANHANTE?

Pais ou responsáveis com mais de 18 anos e menos de 60 anos. Não é permitido gestantes ou pessoas que não apresentem boas condições de saúde.

DEVIDO AO MOMENTO PANDÊMICO, AS TROCAS DE ACOMPANHANTES E VISITAS ESTÃO RESTRITAS. PORTANTO, É PRECISO SE ATENTAR ÀS REGRAS E CONVERSAR COM A EQUIPE ENFERMAGEM, VERIFICANDO A POSSIBILIDADE E O MELHOR HORÁRIO.



0732

REGRAS

REGRAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES

É proibido entrar com alimentos, bebidas ou remédios. Tudo será fornecido pelo próprio Hospital.

É proibido ao acompanhante/visitante sentar ou deitar na cama dos pacientes, pois há riscos de infecção hospitalar ou contaminação.

É proibido fumar em qualquer dependência da unidade (inclusive jardins e estacionamento).

É proibido usar os telefones dos postos de enfermagem.

É proibida a entrada de aparelhos eletrônicos (televisão, rádio, notebooks, etc.).

0733

REGRAS

REGRAS PARA PACIENTES E ACOMPANHANTES

O acompanhante/visitante não pode ministrar medicação ou fazer curativos no paciente. Deixe isso com os profissionais de saúde.

É proibido tomar água ou abastecer garrafas nos bebedouros exclusivos. A copeira trará água.

É proibido usar roupas curtas, transparentes ou decotadas, pois isso diminui a proteção contra a infecção hospitalar.

Entregue todos os utensílios das refeições para as copeiras no ato do recolhimento. Todos os enxovais (camisola, pijama, lençóis e toalhas) também devem ser entregues integralmente à nossa equipe.

É proibido circular em outras alas e enfermarias além daquelas que o paciente está internado, sem autorização e acompanhamento.

0734

O HOSPITAL TAMBÉM É SEU!



O HECAD é uma unidade custeada com recursos públicos, vindos dos impostos que todos nós pagamos. Para não ter desperdício deste dinheiro, é muito importante que todos nós cuidemos do hospital como se fosse a nossa casa!

- Não desperdice água. Feche as torneiras ao escovar os dentes e ao ensaboar-se.
- Apague as luzes e não deixe carregadores de celular nas tomadas.
- Nunca jogue lixo dentro do vaso sanitário, pois pode causar entupimentos.
- Jamais atire lixo ou objetos pela janela.

0735

SEPARE SEU LIXO:



Lixeira Preta
Resíduo comum
(papel, copo descartável, plásticos, etc.).



Lixeira Branca
Resíduo infectante
(curativos, luvas, algodão com sangue, equipamentos, etc.).

RESTOS DE ALIMENTOS DAS SUAS REFEIÇÕES ATRAEM FORMIGAS, BARATAS E OUTROS INSETOS.

- Por isso, não jogue restos de alimentos em nenhuma das lixeiras e também não guarde nas gavetas das cômodas. Deixe sobre a bandeja, pois nossa equipe de nutrição em breve recolherá.
- Isso colabora com a limpeza do seu quarto, um hospital sem insetos e, consecutivamente, com a sua saúde.

0736

COMO EU ME ORIENTO DENTRO DO HOSPITAL?

Os pacientes só podem se deslocar das enfermarias para outras áreas sob a supervisão de um condutor de paciente ou profissional de enfermagem. Isso garante a sua segurança no percurso.



Por isso, mesmo que você já saiba o caminho e tenha condições de se deslocar sozinho(a), aguarde um profissional para conduzi-lo (a) de forma correta.

TENHO QUE TRAZER UMA MALA DE ROUPAS? TAMBÉM PRECISO DE LENÇÓIS E TOALHAS?

Não. Enquanto estiver internada, a criança usará uma roupa própria do hospital (camisola/ pijama). Isso evita contaminação (transmissão de germes).

Também oferecemos todo enxoval. Por isso, nada de trazer coisas de casa. Apenas traga os itens de higiene pessoal (escova de dentes, sabonete, fio dental, entre outros).



VOU TER UM LOCAL PARA GUARDAR OS MEUS PERTENCES?

Sim, o HECAD dispõe de um guarda-volumes para roupas, bolsas, capacetes e outros objetos. Somente o necessário para a estadia da criança e do seu acompanhante poderá ser levado para os quartos.

O Hospital não dispõe de cofres ou outros dispositivos para guarda de pertences de alto valor. No caso de celulares e documentos pessoais, orientamos aos pacientes e acompanhantes para levá-los consigo ou para deixá-los sob a responsabilidade de outra pessoa, quando saírem das enfermarias.

0738

MINHA FAMÍLIA TERÁ QUE TRAZER ALIMENTOS PARA MIM?

Não, pois a partir do momento em que a criança é internada, a sua alimentação é de nossa responsabilidade. Imagine se ele(a) come algo prejudicial à saúde? Não podemos deixar que isso aconteça.

Toda a comida é preparada sob rigorosos controles de qualidade. Uma equipe de nutricionistas é responsável por cada dieta. Caso tenha alguma restrição alimentar, não deixe de nos avisar.



O acompanhante também não pode trazer alimentos para o hospital. Ele recebe refeições (café da manhã, almoço e jantar) da nossa cozinha. Apenas os acompanhantes que permanecerem no período noturno não terão direito à refeição.

E OS MEUS MEDICAMENTOS? TENHO QUE TRAZER DE CASA?

Depende de cada caso! Converse com o seu médico para verificar se os medicamentos que normalmente utiliza em casa ainda serão utilizados no hospital.



Caso seja necessário, a enfermagem é comunicada para a liberação de entrada e o nosso farmacêutico clínico avaliará a condição dos medicamentos.

EU VOU TER QUE DIVIDIR O BANHEIRO COM OUTRAS PESSOAS?

Sim. Por isso, é preciso conservar bem este espaço para que ele se mantenha limpo para o uso. Nunca jogue nada dentro dos vasos sanitários, utilize a lixeira.

BRINQUEDOTECA

EXISTE ALGUMA ATIVIDADE PARA QUE EU ME DISTRAIA ENQUANTO ESTIVER INTERNADO(A)?



Sim. O HECAD é um hospital voltado ao atendimento infantil. Contamos com brinquedoteca e espaços exclusivos para realização de atividades infantis, educação e atendimentos exclusivos. Dessa forma, o ambiente torna-se mais alegre, deixando o período de internação menos doloroso. Confira as atividades disponíveis e não deixe de participar!

HÁ ALGUM TIPO DE ATIVIDADE RELIGIOSA NO HOSPITAL?

Sim. Contamos com uma capela, localizada no 2º andar da unidade. O espaço é destinado a atendimentos de diversos segmentos religiosos (católicos, espíritas, evangélicos, etc.).

QUERO RECLAMAR, SUGERIR OU ELOGIAR. COMO FAÇO?

SAIBA COMO

O HECAD conta com um programa especial para ouvir os pacientes. São diversas ferramentas para que você entre em contato direto com os gestores do hospital. Aqui você também administra o HECAD!

CAIXAS DE OPINIÃO: LOCALIZADAS NAS ENFERMARIAS. ESCREVA SEU ELOGIO, SUGESTÃO OU RECLAMAÇÃO E DEPOSITE NA URNA;

TELEFONE: (62) 3602-0728
E-MAIL: ouvidoria@hecad.org.br
OUVIDORIA: Localizada no 3º andar



CONSULTE OUTRAS FORMAS DE CONTATO NO SITE:
www.agirsaude.org.br

0742

O MÉDICO ME DEU ALTA. E AGORA?

Você receberá orientações das equipes de enfermagem, médicos e outros profissionais que realizaram seu atendimento. Após o contato, aguarde, pois o condutor te encaminhará para a recepção, onde será realizada a alta administrativa.

É também na recepção que será encaminhado o pedido de retorno médico para o ambulatório, se este for o caso. Assim, a central de agendamento irá entrar em contato por telefone, informando data e horário da sua consulta.



0743

POSSO LEVAR MEUS EXAMES COMIGO QUANDO RECEBER ALTA?

Os exames que o paciente trazer de casa devem ser levados pelo mesmo no momento da alta. Por isso, solicite à equipe de enfermagem assim que for informado(a) sobre a previsão de alta. Os exames realizados no HECAD fazem parte de seu prontuário médico, sendo assim, deve ficar sob a guarda e responsabilidade do hospital, entretanto, cópias podem ser solicitadas.



Hospital Estadual da Criança e do Adolescente



0745

agir

**Hospital Estadual da Criança e do Adolescente -
HECAD**

**Diretora Geral: Mônica Ribeiro Costa;
Diretora Técnica: Cynara Porto Ferreira dos Santos;
Diretora Administrativa e Financeira: Fabiana Lopes.**

Agir:
**Superintendente de Relações Institucionais:
Sérgio Daher;**
**Superintendente Executivo:
Lucas Paula da Silva;**
**Superintendente Administrativo e Financeiro:
Claudemiro Euzébio Dourado;**
**Superintendente de Gestão e Planejamento:
Dante Garcia de Paula.**

Conteúdo: SUNIR-HECAD:
Christiane Borges.

Criação:
Assessoria de Comunicação
e Marketing (Agir)



0746

2.2.2.2. Proposta de Implantação de Ouvidoria vinculada à SES/GO, com pesquisa de satisfação

As ouvidorias são canais democráticos de comunicação destinados a receber manifestações dos cidadãos, incluindo reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitação de informações.

Por meio da mediação e da busca de equilíbrio entre os entes envolvidos - cidadão, unidade de saúde e gestores do SUS -, é papel da Ouvidoria receber a manifestação, efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, com o objetivo de propiciar uma resolução adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Assim, as ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população, por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social.

As ouvidorias são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão. O processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde.

A Unidade de Ouvidoria SUS será parte constituinte do Sistema de Atendimento ao Usuário - SAU a ser implantado pela Agir no HECAD como ferramenta de diálogo. Para a implantação, são previstos os seguintes passos:

1) Mobilização para a criação da Ouvidoria

Os gestores da Unidade, os profissionais e a comunidade-alvo serão conscientizadas da importância e atribuições da Ouvidoria e serão incentivados a participar do serviço.

Os objetivos e propósitos a serem alcançados deverão estar claros, tais como a forma de participação dos usuários na gestão da Unidade, os requisitos para avaliação da qualidade dos serviços prestados e as informações relevantes para servirem de subsídio para a tomada de decisões por parte dos gestores.

2) Definição do Organograma

A Ouvidoria, pensada também como uma ferramenta de gestão, será vinculada ao organograma da Unidade, articulada com a Diretoria, tendo toda a programação e suporte necessários para sua implantação.

3) Estruturação da Ouvidoria

Para a operacionalização da Ouvidoria será reservado um espaço físico determinado para tal, de fácil acesso, que permita o atendimento presencial privativo, com mobiliários e equipamentos adequados, linha telefônica e internet.

O seu funcionamento será garantido por meio das seguintes especificações, a saber:

a) Instrumento Normativo: será elaborado um instrumento normativo de criação/regulamentação, formalizando o funcionamento do setor, contendo sua localização na estrutura organizacional da Unidade, competências e atribuições, além de suas rotinas de funcionamento (prazos e fluxos).

b) Recursos Humanos: serão designados profissionais exclusivos para o serviço, tendo formação e capacitação compatível com a função, sendo esta equipe composta, minimamente, pelo ouvidor e técnicos para a execução das atividades.

c) Implantação do Sistema OuvidorSUS.

Considerando que as Ouvidorias do SUS constituem uma rede interligada de ouvidorias, sob orientação estratégica central da Ouvidoria Geral do SUS - OUVSUS, subordinada à Diretoria de Integridade - DINTEG do MS e que a OUVSUS preconiza a utilização do sistema OuvidorSUS, regulamentado na Portaria GM/MS nº 8/2007, será realizada a solicitação de cadastro do HECAD à OUVSUS.

Para a utilização do sistema na Unidade, os profissionais da Ouvidoria serão capacitados por meio do acesso ao material informativo do MS, disponível no link <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/ouvidoria-do-sus>, bem como por meio de outros treinamentos que se fizerem necessários.

As demandas recebidas na Unidade serão registradas no sistema OuvidorSUS, respeitando-se os prazos de resposta/resolução estabelecidos na

Portaria GM/MS nº 8/ 2007 e no protocolo da Unidade. As demandas recebidas pela SES/GO também serão trabalhadas de acordo com os documentos citados.

d) Instauração do fluxo do Serviço de Ouvidoria:

- **Recebimento:** As demandas serão recebidas na Ouvidoria de forma presencial, por telefone, e-mail e outros. Poderão, também, ser recebidas diretamente no sistema por encaminhamento da SES/GO.
- **Análise e Registro no OuvidorSUS:** As demandas serão analisadas quanto ao seu teor e registradas no sistema, de acordo com sua classificação e tipificação, conforme manuais disponibilizados pelo MS.
- **Encaminhamento:** Após a análise de suficiência de dados, a demanda será encaminhada para a área responsável pela sua resolução. O encaminhamento deverá ocorrer de acordo com os processos referentes aos fluxos de gestão da informação da Unidade.
- **Acompanhamento:** A Ouvidoria deverá acompanhar o andamento das respostas e resoluções para cumprimento dos prazos estabelecidos, bem como deverá avaliar as respostas recebidas, e encaminhá-las novamente, caso necessitem de qualificação.
- **Resposta ao usuário:** A resposta será registrada no sistema OuvidorSUS, e será informada ao usuário manifestante, de acordo com o modo definido pelo serviço. A demanda será fechada no sistema, mediante resposta satisfatória.

e) Definição de indicadores: serão trabalhados indicadores de desempenho do Serviço de Ouvidoria, sendo definidos os seguintes, inicialmente:

1 - Percentual de reclamações recebidas na ouvidoria: este indicador informará o percentual de reclamações dentre todas as manifestações da Ouvidoria recebidas no mês.

Método do Cálculo: número de reclamações recebidas x 100

total de atendimentos realizados no mês

Meta: <5%

A Ouvidoria manterá registro das manifestações, mediante elaboração de Relatório da Ouvidoria contendo, minimamente, os dados elucidados na tabela abaixo:

Tabela 53 – Modelo de Relatório de Ouvidoria.

Nome	Data	Número da Demanda	Tipo da Demanda	Descrição da Demanda	Setor	Prazo para resposta	Resposta

2 -Taxa de resolução de queixas: compreende o percentual de queixas solucionadas no mês. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada ao seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

Método do Cálculo: $\frac{\text{número de queixas solucionadas}}{\text{total de queixas recebidas no mês}} \times 100$

total de queixas recebidas no mês

Meta: >80%

A Ouvidoria manterá registro das queixas, mediante elaboração de Relatório de Resolução de Queixas contendo, minimamente, os dados conforme tabela a seguir:

Tabela 54 - Modelo de Relatório de Resolução de Queixas

Nome	Data	Manifestação	Setor	Resposta	Prazo para Resolução da Queixa	Providência tomada

2.2.2.5. Proposta para Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de Pesquisa de Satisfação do Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU irá considerar, prioritariamente, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS, partindo da concepção de que gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social.

Para efetivação das diretrizes do ParticipaSUS no HECAD será necessária a adoção de práticas e mecanismos que assegurem a participação da comunidade e dos profissionais de saúde.

Estas práticas ampliam a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a gestão estratégica e participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, o SAU se estabelecerá como uma “Ouvidoria ativa”, que irá até a pessoa que é cuidada e seu acompanhante, e oportunizará que esta seja ouvida sobre suas dúvidas, insatisfações, sugestões, elogios e possíveis percepções quanto ao que a Unidade lhe oferta.

Para tal, a rotina do SAU perpassará, principalmente, em estar em meio aos usuários, possibilitando que seja visualizado como uma ferramenta de conexão direta entre o gestor da Unidade e as pessoas assistidas no serviço.

O interesse do SAU será atuar na defesa dos direitos do cidadão, buscando a melhoria do serviço público, ouvindo seus elogios, sugestões ou reclamações referentes à atuação dos profissionais, qualidade da assistência prestada, instalações físicas, higiene e equipamentos.

Dessa forma, a “busca ativa” será uma rotina importante no serviço, compreendendo visitas *in loco* constantes aos usuários/acompanhantes, com

cronogramas pré-estabelecidos para esse acompanhamento, contribuindo para a resolução preliminar de queixas que porventura existam.

Mesmo que resolvidas antes de se tornarem reclamações formais, as queixas serão quantificadas e trabalhadas para uma análise crítica dessas mediações, servindo principalmente como instrumento de gestão para a administração da Unidade. Dito isto, todas as manifestações serão documentadas, analisadas e discutidas com a equipe da Unidade para propor ações e mudanças gerenciais, buscando a solução do problema.

Além do atendimento presencial, outros canais poderão ser estabelecidos para maior aproximação com os usuários, como por meio de aplicativos de conversação, telefone e e-mail. O foco é que o SAU seja um facilitador da experiência do paciente para o aperfeiçoamento dos processos internos.

O modelo de estruturação do SAU aplicado pela Agir fundamenta-se em um estudo preliminar da rotina de atendimentos da Unidade. A estruturação dos canais e formatos de contato, bem como a metodologia de avaliação desses resultados e sua análise crítica periódica são pontos centrais na Política de *Compliance* e Qualidade da OSS.

Por fim, ao passo que se estabelece a relação de confiança com as pessoas atendidas, propõe-se a criação do Conselho do Usuário, uma reunião frequente com os usuários atendidos para que estes contribuam com as melhorias que deverão ser implementadas na Unidade, com base em sua experiência. Estes serão convidados, de forma rotineira, a propor soluções e, também, visualizar os resultados daquilo que oportunizaram com suas percepções.

Todas as manifestações serão documentadas e analisadas, contribuindo diretamente para avanços nos processos de trabalho, sendo o manifestante informado sobre as providências tomadas. O usuário poderá se manifestar utilizando as seguintes formas:

- Presencialmente;
- Por e-mail;
- Por telefone;

Unidade, avaliará mensalmente a qualidade do serviço prestado, sob a ótica dos usuários.

Ao final, os dados serão tabulados, apresentados à Diretoria do HECAD, disponibilizados para análise dos colaboradores e usuários, bem como também serão enviados à SES/GO, de acordo com a frequência estabelecida.

Coleta de dados: O questionário será composto por perguntas relacionadas à infraestrutura, atendimento e avaliação geral da Unidade. Será aplicado mensalmente, abrangendo minimamente 10% dos usuários de linha de contratação do HECAD – consultas ambulatoriais, internação (Enfermarias e UTI), Pronto Atendimento e SADT.

Metodologia: A metodologia utilizada na pesquisa será a *Net Promoter Score - NPS*, que tem como objetivo mensurar a satisfação e nível de recomendação de um serviço por parte dos clientes. O NPS é a pergunta “de 0 a 10, o quanto você indicaria o serviço/unidade para um amigo ou familiar?”. Para a aplicabilidade no HECAD, o questionário será composto por outras perguntas, também com métrica de 0 a 10, e conterá a referida pergunta do NPS.

As respostas dos usuários serão consolidadas e estes serão classificados como:

- Respostas de 0 a 6 - Detratores. Usuários insatisfeitos quanto aos serviços/atendimentos recebidos na Unidade.
- Respostas de 7 a 8 - Neutros. Usuários satisfeitos, mas que se mantém indiferentes aos serviços/atendimentos recebidos na Unidade.
- Respostas de 9 a 10 – Promotores. Usuários satisfeitos, que consideraram como positiva a experiência com os serviços/atendimentos recebidos na Unidade.

Após a tabulação das respostas, nos 3 (três) grupos, será calculado o NPS, por meio da fórmula:

$$\text{NPS} = \% \text{ de clientes promotores} - \% \text{ de clientes detratores}$$

De acordo com o resultado do NPS é possível estabelecer uma classificação em 4 (quatro) zonas de classificação, que exemplificam qual o grau de satisfação dos clientes, conforme relacionado abaixo:

- Zona de Excelência – NPS entre 76 e 100;
- Zona de Qualidade – NPS entre 51 e 75;
- Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 1 e 50;
- Zona Crítica – NPS entre -100 e 0.

Tabulação dos dados e elaboração de relatório final: Os resultados serão tabulados de forma geral e por setor da Unidade, de acordo com as zonas. Será elaborado um relatório final com os resultados da pesquisa. Este será encaminhado à SES/GO, trimestralmente.

Elaboração e acompanhamento de planos de ação: Analisando os resultados e as oportunidades de melhorias, serão elaborados planos de ação. Estes serão registrados em sistema informatizado adotado pela Agir, permitindo o acompanhamento da execução das ações e os resultados obtidos por elas.



F3

QUALIFICAÇÃO
TÉCNICA

agir

0756

F.3. QUALIDADE TÉCNICA - ADEQUAÇÃO ENTRE OS MEIOS SUGERIDOS, SEUS CUSTOS, CRONOGRAMAS E RESULTADOS PRESUMIDOS

3.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA ORGANIZAÇÃO OU DOS GESTORES DO CORPO DIRETIVO.

3.1.1. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS.

Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ADITIVO

Nono Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, celebrado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta Capital, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO**, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE - AGIR**, doravante denominada simplesmente **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás por meio do Decreto estadual nº 5.591, de 10/05/2002, inscrita no CNPJ sob nº 05.029.600/0003-68, com endereço na Avenida Olinda c/ Avenida PL-3, nº 960, Parque Lozandes, Torre Business, 20º andar, Goiânia - GO, neste momento representada por LUCAS PAULA DA SILVA, brasileiro, casado, economista, portador da CI/RG nº 4015294 DGPC/GO, inscrito no CPF nº 894.828.751-68, residente e domiciliado nesta Capital, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2014-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, que se regerá pelas cláusulas e condições a seguir delineadas, conforme processo administrativo nº 201400010001769.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, por período de 12 (doze) meses.

1.1.2. Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, alinhado ao perfil da unidade hospitalar, com a consequente adequação do Anexo Técnico I (000022383638).

1.1.3. Readequação do valor do repasse mensal referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do HUGOL, conforme disposto no Anexo Técnico II (000023625424), elaborado pela Coordenação de Residência e Estágio da Superintendência de Escola de Saúde de Goiás - SESG.

1.1.4. Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL.

1.1.5. Inclusão de cláusulas ao Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, da minuta-padrão elaborada pela Procuradoria-Geral do Estado.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.1. Os objetos deste instrumento estabelecidos na Cláusula Primeira estão amparados na manifestação da Organização Social pelo interesse na prorrogação do contrato através da CT nº 103693/2021-SE (000021690836), no Despacho nº 626/2021-GAOS (000021875033), no Despacho nº 589/2021-GERAT (000021722621), no Despacho nº 727/2021-GAOS (000022434311), no Despacho nº 721/2021-GERAT (000022508524), no Despacho nº 831/2021-GERAT (000023060759), no Despacho nº 250/2021-SESG (000022978161), no Plano de Ação para Vigilância Epidemiológica Hospitalar (000021875128), nas Requisições de Despesa nº 47/2021-GAOS (000021948291) e nº 326/2021-SUPER (000023795401) com a autorização do Sr. Secretário de Estado da Saúde nelas constantes, no Despacho nº 79/2021-CRE (000022975682), no Despacho 2780/2021-GAB (000022976954), no Despacho nº 970/2021-GAOS (000023795651), no Despacho nº 589/2021-GERAT (000021722621), no Despacho 3114/2021-GAB (000023811852), no Despacho nº 13030/2021-GAB (000024307652), no Despacho nº 3473/2021-GAB (000024539911), e se fundamenta no art. 8º-A, caput da Lei Estadual nº 15.503/2005, na Lei Federal nº 8.666/93, e suas alterações, e, ainda, de conformidade com a Cláusula Quarta do contrato original e seus aditivos (fls. 5.132 a 5.196 do processo digitalizado 4280922 e 4280951).

CLÁUSULA TERCEIRA - DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, por período de 12 (doze) meses, com início em **15 de julho de 2021 e término em 14 de julho de 2022**, condicionando sua eficácia à publicação do extrato no Diário Oficial do Estado, podendo ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

CLÁUSULA QUARTA - DA READEQUAÇÃO DO PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

4.1. Fica acordado a readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, alinhado ao perfil da unidade hospitalar, conforme disposto no Anexo Técnico I (000022383638) e no Despacho nº 831/2021-GERAT (000023060759), que fazem parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA - DA READEQUAÇÃO DO REPASSE PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E EM ÁREA DE SAÚDE DO HUGOL

5.1. Em cumprimento a execução dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do HUGOL, estabelecido para o Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, será dada continuidade ao repasse mensal dos recursos financeiros vinculados a esta finalidade, ficando acordado a readequação do seu valor conforme disposto no Anexo Técnico II (000023625424) e no Despacho nº 79/2021-CRE (000022975682), elaborados pela Coordenação de Residência e Estágio da Superintendência de Escola de Saúde de Goiás - SESG, que fazem parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA SEXTA - DO REPASSE DE RECURSOS PARA O FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DOS NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - NVEH.

6.1. Fica estabelecido o repasse de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), em parcela única, provenientes da Portaria nº 2.624/GM/MS (000016970284), de 28 de setembro de 2020, para custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme Plano de Ação apresentado pelo **PARCEIRO PRIVADO** (000021875128), que faz parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA INCLUSÃO DE CLÁUSULAS

7.1. Não havendo nenhuma contradição com a minuta-padrão elaborada pela Procuradoria-Geral do Estado de Goiás (PGE), e se coaduna com a postura dos órgãos de controle do Estado, fica acordado a inclusão das obrigações a seguir especificadas, ao Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, conforme Despacho nº 13030/2021-GAB (000024307652), do Gabinete do Secretário da Administração, com as seguintes redações:

a) A inclusão do item 2.68 à CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO:

"2.68. Apresentar mensalmente ao PARCEIRO PÚBLICO as despesas com pessoal empregado nas atividades-fim das unidades estaduais geridas, contratados direta ou indiretamente, e que se relacionam à substituição de servidor público."

b) A inclusão do item 9.20 à CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS HUMANOS:

"9.20. Para fins dos limites estabelecidos nos itens 9.7 e 9.8, computam-se as despesas de pessoal contratados direta ou indiretamente, bem como referentes aos servidores do PARCEIRO PÚBLICO cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, incluídas vantagens de qualquer natureza e os encargos sociais, observando-se, ainda, o atendimento do item 9.9."

c) A inclusão do item 9.21 à CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS HUMANOS:

"9.21. O PARCEIRO PRIVADO, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74."

d) A inclusão da alínea "l" ao item "13.1" da CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO:

13.1. O PARCEIRO PRIVADO obriga-se a adotar ações de transparência, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

"l) Relação mensal dos empregados contratados indiretamente, nos critérios estabelecidos pelo PARCEIRO PÚBLICO, com a finalidade de atender as exigências dispostas em atos normativos."

7.2. A inclusão das cláusulas consignadas no item 7.1, referentes ao controle das despesas com pessoal, apenas surtirão efeito, **a partir do exercício de 2022**, conforme Despacho nº 3473/2021-GAB (000024539911), do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA OITAVA - DO VALOR

8.1. O valor total do presente Termo Aditivo é estimado em **R\$ 352.035.211,42** (trezentos e cinquenta e dois milhões, trinta e cinco mil, duzentos e onze reais e quarenta e dois centavos), incluído o aporte de recursos para o custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do HUGOL, e o aporte de recursos para o custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), assim discriminados:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL	VALOR TOTAL
Aporte de recursos financeiros para o 9º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 003/2014-SES, incluído os recursos para o custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do HUGOL, para o período de 12 (doze) meses.	1º ao 3º mês	R\$ 29.263.283,48	R\$ 87.789.850,44
	4º e 5º mês	R\$ 29.552.223,69	R\$ 59.104.447,38
	6º mês	R\$ 29.757.112,42	R\$ 29.757.112,42
	7º ao 12º mês	R\$ 29.180.633,53	R\$ 75.083.801,18
Repasso de recursos financeiros provenientes da Portaria nº 2.624/GM/MS, de 28 de setembro de 2020, para custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH).	Parcela Única	-x-	R\$ 300.000,00
TOTAL			R\$ 352.035.211,42

CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectivas dotações orçamentárias abaixo relacionadas:

NOTAS DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
00404	27/09/2021	000023970387	R\$ 86.605.574,88
00052	27/09/2021	000023970428	R\$ 26.334.197,56
00072	06/09/2021	000023440208	R\$ 300.000,00
T O T A L			R\$ 113.239.772,44

SEQUENCIAL: 064		DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000023921414)	
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO	
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES	
Função	10	Saúde	
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial	
Programa	1043	Saúde Integral	
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde	
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes	

Fonte de Recurso	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

SEQUENCIAL: 068 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000023921414)		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	232	Transferência de Recursos - Bloco Custeio das Ações e Serviços
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

SEQUENCIAL: 90 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000023431659)		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2167	Estratégia de Implantação e Implementação no Enfrentamento do Novo Coronavírus.
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	238	Transferência Fundo a Fundo - SUS
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

SEQUENCIAL: 008 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA (000023921414)		
DESCRIÇÃO	CÓDIGO	DENOMINAÇÃO
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	122	Administração Geral
Programa	4100	Encargos da Folha de Pagamento dos Servidores Públicos
Ação	4144	Folha de Pagamento de Servidores Públicos
Grupo de Despesa	01	Pessoal e Encargos Sociais
Fonte de Recurso	100	Receitas Ordinárias
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

9.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária de que trata o item 9.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

9.3. Para o próximo exercício as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início do exercício a respectiva nota de empenho estimativo e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

9.4. Do valor empenhado, por ocasião dos repasses mensais, será deduzida a importância estimada referente ao custeio da folha de pagamento dos servidores públicos lotados no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

10.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato nº 003/2014 - SES/GO e seus aditivos, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daqueles ajustes.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA PUBLICAÇÃO

11.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordos, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO DO TERMO ADITIVO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (inclusive o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetará a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO Nº I HUGOL/2021 - GERAT- 18352

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1.0 **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico “hospitalista”, por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas em horário padronizado, sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista).

1.4. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme adequado para todos os seus colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional.

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, a terminologia “Secretaria de Estado da Saúde de Goiás”, bem como, os logotipos do SUS e da Unidade.

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, *outdoors*, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás.

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na Unidade, disponibilizando a qualquer momento para a Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na Unidade observando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigentes.

1.7. Será de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP.

1.7.1. Sempre que o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.7.2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente do paciente por serviços médicos ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada.

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato.

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência.

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar *online* à Secretaria de Estado da Saúde, o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC nº 02, de 25 de janeiro de 2010 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade o gerenciamento da manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médicos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal da SES ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido.

1.11.1. As atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde deverão estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas. Essas atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso.

1.13. Disponibilizar a informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome completo, registro civil e endereço completo da residência do usuário, bem como nome completo da mãe, por razões de planejamento das atividades assistenciais.

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

- a) Manter sempre atualizado o prontuário dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.
- c) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências da unidade.
- d) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- e) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).
- f) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- g) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- h) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
- i) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosamente e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- j) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
- k) Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- l) Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- m) Fornecer ao usuário, por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- Nome do usuário.
- Data de nascimento do usuário.
- Nome da mãe.
- Nome do Hospital.
- Localização do Hospital (endereço, município, estado).
- Motivo da internação (CID-10).
- Data de admissão e data da alta hospitalar.
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
- Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos em atendimento ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, por meio de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde.

1.16. Assegurar a implantação e/ou manutenção da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

1.17. Assegurar a implantação e manutenção do Programa de Integridade, em atendimento à Lei nº 20.489, de 10 de junho de 2019 e alterações posteriores, bem como em conformidade com a legislação estadual correlata.

1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia *Net Promoter Score* (NPS), com envio de seus resultados a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

1.19. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis.

1.20. Mensurar mensalmente a Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista).

1.21. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

1.22. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos.

1.23. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da Unidade, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde.

1.24. Alcançar os índices de desempenho e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato.

1.25. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com a Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual e incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação (NIR), que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio do Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes.

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance.

1.28. Possuir e manter em pleno funcionamento um **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH**, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico.

1.29. Implementar e manter um **Núcleo de Engenharia Clínica** responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo controle e acompanhamento da infraestrutura de saúde que atenda às disposições da RDC nº 02/2010 da ANVISA, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943.

1.30. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o ambulatório à Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como à NBR 15943:2011 e as demais resoluções.

1.31. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico atualizado dos equipamentos médicos, bem como o registro histórico de todas as intervenções técnicas realizadas nesses equipamentos, e deverá ter a capacidade de produzir uma listagem impressa quando forem necessárias essas informações. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a rastreabilidade de toda a documentação referente ao inventário e ao registro histórico dos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade. O inventário e o registro dos referidos equipamentos devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos.

1.32. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do **PARCEIRO PÚBLICO**. O acesso ao *software* não desobriga o **PARCEIRO PRIVADO** a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.33. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.34. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.35. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

- Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.
- Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.36 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019

1.37 O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.

- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.
- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3 - DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X - do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade

1.38 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.39 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

1.40. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodiagnóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.40.1. O PARCEIRO PRIVADO deverá empreender meios próprios permitidos em seu Regulamento de Contratação de Bens e Serviços para dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, em quantitativo compatível para o perfil da Unidade de Saúde e os serviços a serem prestados, devendo obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

1.40.2. A atividade deverá ser coordenada por um responsável técnico, médico, com registro no respectivo Conselho de Classe.

1.40.3. Para a execução dos serviços de imagem, o mesmo deverá ser definido por meio de rotinas administrativas de funcionamento, protocolos de diagnóstico atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico pela atividade, devendo abordar todos os processos envolvidos no diagnóstico, que contemplem os aspectos organizacionais, operacionais e técnicos.

1.40.4. O PARCEIRO PRIVADO adotará ou permitirá a adoção de sistema eletrônico, com as informações completas dos exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento, ou assinadas digitalmente, em conformidade com a legislação vigente. Os laudos deverão estar devidamente armazenados com *backup* e transferidos *on line* para a Unidade Solicitante devendo, para tanto, serem assegurados todos os meios necessários quanto à rede de informática, sistemas e programas, com o encaminhamento dos relatórios para a SES/GO.

1.40.5. O PARCEIRO PRIVADO compromete-se a estabelecer um serviço de imagem que digitalize todas as imagens geradas nos serviços de radiologia.

1.40.6. O PARCEIRO PRIVADO compromete-se a ter um sistema que permita que tanto os exames de imagem como os respectivos laudos sejam enviados ao sistema de Pacs e Ris da SES/GO. Posteriormente, a Superintendência de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade (SUTIS) detalhará os procedimentos para contemplar que os laudos terão que ser integrados com o sistema de gestão hospitalar e as imagens serão acessadas através de *link*, pois ficarão hospedadas na SES/GO, ao que será informado previamente.

1.41. Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA e conforme as diretrizes do SUS.

1.42. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.42.1. Manter a Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) em pleno funcionamento;

1.42.2. Manter e/ou providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.42.3. Realizar ações de captação e triagem de doadores, coleta de sangue, produção de hemocomponentes, testes laboratoriais imunohematológicos dos receptores de hemocomponentes, armazenamento, transporte e distribuição de hemocomponentes, todos os testes de controle de qualidade (inclusive dos hemocomponentes), validação de equipamentos e de processos críticos, além das demais ações inerentes e afins, estabelecidos na legislação vigente e boas práticas, para garantir a oferta de sangue e hemocomponentes com qualidade, assegurando a assistência hemoterápica.

1.42.4. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da UCT, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia

do seu pleno funcionamento.

1.42.5. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional;

1.42.6. Atender, prioritariamente, a toda demanda transfusional do Hospital, bem como disponibilizar excedente da produção a outros serviços de hemoterapia conforme definir a SES-GO.

1.42.7. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.42.8. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.42.9. Executar as ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que lhe forem atribuídas, bem como auxiliar a SES-GO, se necessário e/ou solicitado, no acompanhamento do cumprimento das metas do plano diretor para a sua região;

1.42.10. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES-GO com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES-GO em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.42.11. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO) e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.42.12. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da UCT, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.42.13. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES-GO, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica. Apresentar à Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS o programa de capacitação (plano de educação permanente), para análise/validação, e atender às recomendações e/ou determinações de alteração definidas por esta Coordenação.

1.42.14. A UCT deve possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e, quando necessário, com treinamento no HEMOGO, de forma a atender a legislação vigente.

1.42.15. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.42.16. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.42.17. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo HEMOGO e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.42.18. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao ciclo do sangue (cadastro de doadores, triagens, coleta de sangue, fracionamento/produção de hemocomponentes, armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, distribuição, transfusão, expurgo, reações transfusionais etc). O Sistema de informática deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a UCT, o Sistema de Prontuário Eletrônico e a SES-GO, além do compartilhamento de informações com o HEMOGO relativas aos doadores, processos de hemovigilância/retrovigilância quando necessário. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados. Todas as informações em meio físico e/ou eletrônico (banco de dados) relativas ao ciclo do sangue e assistência hemoterápica são de propriedade do PARCEIRO PÚBLICO, devendo ser integral e imediatamente disponibilizadas sempre que solicitadas e, inclusive, quando do término da vigência do Contrato de Gestão.

1.42.19. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES-GO e sob sua responsabilidade.

1.42.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica da UCT.

1.42.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo responsável técnico da UCT. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.42.22. Monitorar o funcionamento da UCT, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.42.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na UCT e no Hospital, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao Hemocentro Coordenador e aos serviços a quem, eventual ou regularmente, distribua hemocomponentes.

1.42.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da UCT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.42.25. Deverá encaminhar exclusivamente ao Hemocentro Coordenador (HEMOGO), as amostras de sangue dos doadores para realização dos respectivos testes sorológicos obrigatórios para liberação dos hemocomponentes produzidos, bem como para realização dos testes imunohematológicos dos doadores e para realização dos Testes de Ácido Nucleico-NAT na plataforma do Ministério da Saúde conforme estabelecer protocolo específico e/ou determinar a SES-GO.

1.42.26. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES-GO no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.42.27. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.42.28. O serviço de hemoterapia (UCT) deverá estar contemplado e/ou representado no mínimo, nas seguintes Comissões /Comitês:

- Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e SESMT.
- Comitê da Qualidade.
- Comissão de Gerenciamento de Resíduos.
- Núcleo de Segurança do Paciente.

1.42.29. Manter atuante na UCT, no mínimo, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.
- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.
- Programa de Treinamento e Educação Permanente.

1.42.30. Manter sempre atualizado os respectivos registros dos procedimentos com doadores de sangue, prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.42.31. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela UCT.

- 1.42.32. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e em hemoterapia e protocolos clínicos estabelecidos.
- 1.42.33. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.
- 1.42.34. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.
- 1.42.35. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.
- 1.42.36. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.
- 1.42.37. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do Hemocentro Coordenador (HEMOGO) e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pela SES-GO.
- 1.42.38. Em situações especiais, a UCT deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.
- 1.42.39. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física sem a prévia ciência e aprovação da SES-GO.
- 1.42.40. Deverá durante todo o prazo de vigência do Contrato de Gestão, conservar e/ou substituir, se necessário, todos os equipamentos clínicos, não clínicos e mobiliários da UCT, e seus respectivos acessórios, assim como manter o ambiente seguro, com práticas que assegurem altos padrões de conforto, segurança e limpeza, da unidade.
- 1.42.41. Deverá manter estoque em qualidade e quantidades suficientes de matéria-prima, medicamentos, material médico-hospitalar e correlatos, só podendo utilizar os produtos registrados na ANVISA e/ou com dispensa formal do registro, sendo vedada a utilização de materiais e substâncias proibidas no Território Nacional.
- 1.42.42. Deverá receber visitas, prestar as devidas informações, adotar as recomendações e atender às solicitações do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH).
- 1.42.43. Deverá, sob Supervisão da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO e atendendo aos fluxos por ela estabelecidos, realizar o remanejamento de hemocomponentes entre Unidades de Saúde da Rede Pública Estadual, Municipal, Serviços Privados e Filantrópicos do Estado de Goiás, sempre que necessário e autorizado.
- 1.42.44. Deverá manter um serviço de captação de doadores voluntários objetivando a manutenção de estoques adequados.
- 1.42.45. Deverá garantir ao doador e ao paciente, caso haja intercorrência e seja necessário, sua remoção para a devida assistência.
- 1.42.46. Deverá manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.
- 1.42.47. Nos casos de aquisição, troca, substituição, remoção ou caracterização de desuso/inservibilidade de equipamentos, realizar comunicação formal à Gerência de Patrimônio da SES-GO. Caso alguma das situações envolvam equipamentos e materiais permanentes adquiridos com uso de recursos federais, deverá ser solicitada prévia autorização da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

- 2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.
- 2.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES-GO.
- 2.3. No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.
- 2.4. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o **PARCEIRO PRIVADO**, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Municipal e/ou Complexo Regulador Estadual.
- 2.5. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.
- 2.6. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.
- 2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá executar semestralmente uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.
- 2.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- **Nome:** Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL
- **CNES:** 7743068
- **Endereço:** Avenida Anhanguera, 14.527 - Setor Santos Dumont, Goiânia - GO, CEP: 74.463-350.
- **Tipo de Unidade:** Hospital geral de esfera pública que presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda espontânea e referenciada.
- **Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente, Porta de Entrada (aberta), Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, sendo devidamente referenciado pelo Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual.

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.2.1.1 O Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL possui leitos gerais e leitos complementares, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01. Capacidade Atual Instalada do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Descrição	Quantidade até 6º mês	Quantidade a partir de 7º mês
Clínica Cirúrgica	150	168
Clínica Médica	110	120
Clínica Médica Pediátrica	30	40
Clínica Cirúrgica Pediátrica	-	20
Clínica de Queimados	10	10
Clínica Covid Pediátrico*	30	-
Clínica Covid Adulto*	30	-
UTI Adulto	59 1*	59 1*
UTI Pediátrica	10	20
UTI Queimados	7	7
UTI Coronariana Pediátrica	10	10
UTI Adulto Covid *	16	10
UTI Pediátrico Covid *	11	-
Leitos Dia	-	12
Leitos Assistenciais Totais	473	466
Salas Cirúrgicas	14	21
Consultórios Ambulatoriais	21	21

* Na UTI Adulto há 01 leito de Hemodiálise que não comporá meta.

3.2.1.2. O Hospital possui uma Unidade de Coleta e Transfusão (UCT), que é um serviço de hemoterapia que deve realizar captação de doadores, triagens e coleta de sangue de doadores, fracionamento/produção, armazenamento, transfusão e distribuição de hemocomponentes, além dos testes laboratoriais imunohematológicos de receptores e demais procedimentos inerentes, nas formas estabelecidas na legislação. Do ponto de vista do assessoramento técnico, realização de treinamentos, irradiação de hemocomponentes, fornecimento/remanejamento eventual de hemocomponentes e outros relacionados aos procedimentos técnicos, a UCT HUGOL tem a retaguarda do Hemocentro Coordenador (HEMOGO).

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia integra a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápica e hematológica.

3.2.1.4. O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

3.3. Perfil da Unidade

3.3.1. O Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência, Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Cardiologia, Geral, Pediatria, Neurologia, Plástica em Queimados, Ortopedia/Traumatologia, Torácica, Urologia e Vascular); Clínica Médica (Cardiologia, Geral, Hematologia, Medicina Intensiva Pediátrica em Queimados, Nefrologia, Neurologia, Pediatria, Urologia e Vascular) e Clínica em Queimados, regulados pelo Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual, sendo referência para a Região Metropolitana de Goiânia e todo o Estado de Goiás.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. LINHAS DE SERVIÇOS

4.1.1. Para o funcionamento do **Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL** serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

a.a) Saídas de Clínica Médica;

a.b) Saídas Cirúrgicas;

a.c) Saídas Pediátricas;

a.d) Saídas Clínica de Queimados;

a.e) Internações em leitos de UTI;

a.f) Internações em leitos de UTI adulto covid;

a.g) Internações em leitos de UTI pediátrico covid;

a.h) Internações em leitos de enfermaria adulto covid;

a.i) Internações em leitos de enfermaria pediátrica covid;

b) Atendimento Ambulatorial - Cirurgias ambulatoriais: intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades médicas, em pacientes que não estão em internação hospitalar.

c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.

d) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

e) Serviço de Atenção Domiciliar - (SAD).

f) Serviço de Hemodinâmica

4.1.2. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO:** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO**.

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

a) Assistência por equipe médica especializada.

b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.

c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.

d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.

e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.

f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, incluindo os utilizados no Hospital Dia;

g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.

h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.

i) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).

j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.

k) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.

l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).

m) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.

n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).

- o) Sangue e hemoderivados.
- p) Fornecimento de roupas hospitalares.
- q) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- r) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.
- s) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2.5 Composição de equipe mínima de profissionais, tais como Enfermeiro e Assistente Social, para atuarem no processo de desospitalização.

4.2.6. Para a produção de hemocomponentes pela UCT **HUGOL e atendimento a pacientes com coagulopatias hereditárias internados no Hospital**, o Hemocentro Coordenador Estadual Prof. Nion Albernaz (HEMOGO), unidade pública estadual, fornecerá, sem ônus ao PARCEIRO PRIVADO, os seguintes insumos, equipamentos e ações:

- a) Bolsas para coleta de sangue de doadores e respectivos equipamentos em comodato, para proporcionar o seu uso na coleta e fracionamento do sangue. O fornecimento de que trata esse item se dará até 31/12/2021. Após essa data a responsabilidade pelo fornecimento desses materiais/equipamentos será do próprio HUGOL;
- b) Equipamento para determinação de hemoglobina na triagem de doadores de sangue, bem com seus respectivos insumos (caso sejam necessários). O fornecimento de que trata esse item se dará até 31/12/2021. Após essa data a responsabilidade pelo fornecimento desses materiais/equipamentos será do próprio HUGOL;
- c) Sorologia dos doadores, com a realização dos testes sorológicos conforme legislação vigente e orientações/recomendações do Ministério da Saúde, incluindo o envio de amostras para exames de pesquisa molecular pelo método NAT, através da plataforma do Ministério da Saúde;
- d) Realização dos testes imunohematológicos nas amostras dos doadores conforme legislação vigente e orientações/recomendações do Ministério da Saúde, incluindo a Pesquisa de Hemoglobina Anômala.
- e) Realização de exames laboratoriais como fibrinogênio, fator VIII e pesquisa de inibidores para pacientes com coagulopatias hereditárias internados no HUGOL;
- f) Etiquetas adesivas com numeração conforme sistema de informação adotado;
- g) Remanejamento de hemocomponentes entre a UCT HUGOL e HEMOGO condicionada ao estoque.

4.2.7 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá cooperar com o HEMOGO no fornecimento/remanejamento de hemocomponentes, quando necessário e condicionado ao estoque, bem como de kits para aférese, em regime de empréstimo, mediante autorização da direção do HUGOL e disponibilidade de estoque.

4.3. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

4.3.1. A Unidade Hospitalar deverá dispor de atendimento às urgências e emergências referenciadas e porta aberta, atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual, durante 24h.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco.

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24h após a solicitação.

4.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.4.1. Consultas Iniciais Médicas e Multiprofissionais na Atenção Especializada

4.4.1.1 O Hospital deverá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas à Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

4.4.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

- a) Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso;
- b) Interconsulta;
- c) Consultas subsequentes (retornos).

4.4.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.4.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida.

4.4.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.4.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

4.4.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

4.4.1.8. As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde.

4.4.1.9. O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira a sexta-feira, conforme demanda da população de usuários do Hospital.

4.4.1.10. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas.

4.4.1.11. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, o **quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas. As especificações citadas ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO**.

4.4.1.12. O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre SES/GO e **PARCEIRO PRIVADO**, o mesmo deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato de gestão, a definição de oferta de serviços, fluxo de serviços e pactuação de metas. O Plano Operativo trará especificações como as especialidades médicas e multiprofissional que irão compor o quadro de pessoal da Unidade, bem como os tipos de consultas (primeira /interconsulta /retorno) das especialidades que serão ofertadas, o mesmo estabelecerá a carteira de serviços da Unidade de Saúde. O Plano Operativo será reavaliado semestralmente, ou quando se fizer necessário para a equipe técnica da SES/GO e **PARCEIRO PRIVADO**.

4.5. SADT EXTERNO

4.5.1 O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo conjunto de exames e ações de apoio terapêutico à pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo devidamente regulados pelo Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual.

4.6. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

4.6.1. O HUGOL realizará Serviço de Atenção Domiciliar em conformidade com as diretrizes da Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - possibilitando a adoção de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar - EMAD e equipe multiprofissional de apoio - EMAP.

4.6.2. O Serviço de Atenção Domiciliar - SAD oferece atenção domiciliar à pacientes com dificuldades motoras e politraumatizados, grande incapacitado, que necessitam de intervenções multiprofissionais e que estejam em condições de serem assistidos em domicílio. Este serviço é direcionado prioritariamente para pacientes provenientes da área de internação do HUGOL.

4.7. SERVIÇOS DE APOIO

4.7.1. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT: conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade, o SADT interno deverá ser 24 horas por dia, ininterruptamente.

4.7.2. Serviços de Farmácia: deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica.

4.7.3. Serviço de Nutrição e Dietética – SND: deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND é proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional.

4.7.4. Serviço de Lavanderia: a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade.

4.7.5. Central de Material e Esterilização – CME: a 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.

4.7.6 Possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

4.8 ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS E TECIDOS - OPO

4.8.1. A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos no HUGOL está definida conforme Portaria nº 2.601 - GM/MS, de 21 de outubro de 2009 que institui no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes, o Plano Nacional de Implantação de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos como mecanismo de coordenação supra hospitalar responsável por organizar, apoiar, no âmbito de sua atuação, as atividades relacionadas ao processo de doação de órgãos e tecidos, a manutenção do possível doador, a identificação e a busca de soluções para as fragilidades do processo, a construção de parcerias, o desenvolvimento de atividades de trabalho e a capacitação dos profissionais para identificação e efetivação da doação de órgãos e tecidos;

4.8.2. A OPO fará parte da estrutura organizacional da Gerência de Transplantes de Goiás - GERTRAN subordinada à Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO;

4.8.3. A avaliação da OPO será realizada pela GERTRAN e pelo Sistema Nacional de Transplantes - SNT, através de relatórios de produtividade, relatórios observacionais do HUGOL e de outros mecanismos que doravante sejam instituídos. Os indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência também serão definidos pela referida Gerência.

4.9. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

4.9.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os PARCEIROS, o **HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGOL** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada por meio de Termo Aditivo ao presente contrato.

4.10. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

4.10.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada, conforme necessidade e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.10.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros.
- Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho.
- Relatório de Custos, em regime trimestral.

d) Censo de origem dos pacientes atendidos.

e) Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes.

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

4.10.3. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.10.4. Em atendimento às determinações legais, todos os órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo, incluindo as entidades privadas sem fins lucrativos, que recebem recursos públicos, deverão disponibilizar em seus *sites* informações por eles produzidas. Nesse sentido, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter atualizado, também, o portal da transparência conforme as orientações do **PARCEIRO PÚBLICO**, para garantir o direito constitucional de acesso à informação.

II - METAS DE PRODUÇÃO

5. REGRA GERAL

5.1. São apresentados as metas de produção contratualizados com o **HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGOL**, para o período de 12 meses, referentes aos serviços assistenciais, conforme monitoramento e necessidade as metas podem ser alterados sempre que necessário, conforme avaliação de demanda.

5.2 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente a Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGOL**.

5.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

5.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte assistencial, a exceção do item 5.4.2.1, os seguintes critérios:

5.4.1. Internações Hospitalares

- a) saídas Clínicas
- b) saídas Cirúrgicas
- c) Saídas Pediátricas
- d) Saídas Queimados

5.4.2. Cirurgias: cirurgias programadas.

5.4.2.1. Para avaliação da meta das cirurgias programadas cardíacas (adulto, pediátrica e neonatal) e neurocirurgias, será observada a oferta do serviço para a Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual.

5.4.3. atendimentos Ambulatoriais:

- a) consulta médica na atenção especializada
- b) consulta multiprofissional na atenção especializada

5.4.4. Serviço de Hemodinâmica: procedimentos de hemodinâmica.

5.4.5. Serviço de Hemoterapia (UCT): procedimentos realizados.

5.4.6. SADT Externo: exames e ações de apoio e diagnóstico.

5.4.7. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

5.5 Os atendimentos de urgência e emergência, apesar de não comporem meta para o presente Contrato de Gestão, posto não estarem sob a governança da Organização Social, deverão ser informados para a SES/GO mensalmente.

5.6 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender todos os casos de urgência/emergência regulados ou referenciados para a Unidade Hospitalar.

Quadro 02. Quadro síntese de metas do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Dimensão	Descrição	Meta até 3º mês	Meta a partir 4º mês	Meta até 6º mês	Meta a partir do 7º mês	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	728	728	728	1.047	10.650
	Clínica Médica	477	477	477	535	6.072
	Clínica Médica Pediátrica	194	194	194	258	2.713
	Clínica Cirúrgica Pediátrica	-	-	-	34	204
	Enfermaria Queimados	17	17	17	17	204
	Clínica Covid Pediátrico* (estimativa)	775 diárias	775 diárias	775 diárias	0	4.650
	Covid-19 Adulto* (estimativa)	775 diárias	775 diárias	775 diárias	0	4650
Cirurgias	Cirurgias Programadas	60	75	75	488	3.333
Hemodinâmica	Hemodinâmica	300	300	300	300	3.600
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	2.988	2.988	2.988	2.988	35.856
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	2.590	2.590	2.590	2.590	31.080
	Leito Dia	-	-	-	396 diárias	2.376 diárias
	Procedimentos Programadas	-	-	-	198	1.188

Serviço de Atenção Domiciliar	Atendimentos do Serviço de Atenção Domiciliar	-	45	90	90	720
SADT EXTERNO	Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	-	-	-	22	132
	Ecocardiograma Transtorácico	50	150	150	150	1.500
	Ressonância Nuclear Magnética	0	0	0	250	1.500
	Tomografia Computadorizada	450	450	450	350	4.800

6. INTERNAÇÕES HOSPITALARES

6.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente **saídas hospitalares em clínica cirúrgica, clínica médica, clínica médica pediátrica, clínica cirúrgica pediátrica e queimados** com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

Quadro 03. Metas de saídas hospitalares para o **Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**

Dimensão	Descrição	Meta até 3º mês	Meta a partir 4º mês	Meta até 6º mês	Meta a partir do 7º mês	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	728	728	728	1047	10.650
	Clínica Médica	477	477	477	535	6.072
	Clínica Médica Pediátrica	194	194	194	258	2.713
	Clínica Cirúrgica Pediátrica	-	-	-	34	204
	Enfermaria Queimados	17	17	17	17	204

6.2. As saídas hospitalares deverão compor o perfil definido para o Hospital.

6.2.1. As saídas clínicas contemplam também as saídas cardíacas clínicas (TMP de 5,5 dias), especialidades (TMP de 4,5 dias) e clínica médica (TMP de 7 dias).

6.2.2. As saídas cirúrgicas contemplam também as cirurgias programadas e de urgência/emergência.

6.2.2.1 As saídas cirúrgicas contemplam também as saídas ortopédicas (TMP de 6 dias), especialidades (TMP de 4,5 dias), giro rápido (TMP de 1,5 dias) e cirúrgica (TMP de 5 dias).

6.3. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticos e terapêuticos necessários para o atendimento adequado das internações hospitalares.

7. CIRURGIAS PROGRAMADAS

7.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 413 cirurgias eletivas de alto giro, 40 cirurgias eletivas cardíacas adulto, 20 cirurgias eletivas cardíacas neonatais e pediátricas e 15 cirurgias programadas neurocirurgia com variação de $\pm 10\%$:

Quadro 04. Metas de saídas cirúrgicas (programadas) para o **Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**

Cirurgias Programadas	Meta até 3º mês	Meta a partir do 4º mês	Meta a partir do 7º mês	Meta Anual (12 meses)
Programadas de alto giro	-	-	413	2.478
Programadas cardíacas adulto	40	40	40	480
Programadas cardíacas neonatais e pediátricas	20	20	20	240
Programadas neurocirurgia adulto	-	15	15	135

7.2. As cirurgias programadas de alto giro são interpretadas como aquelas que exigem internação com um tempo médio de permanência menor, com o intuito de promover maior rotatividade ao Centro Cirúrgico da Unidade.

7.3. Para avaliação da meta das cirurgias programadas cardíacas (adulto, pediátrica e neonatal) e neurocirurgias, será observada a oferta do serviço para a Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual.

8. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS REFERENCIADAS (âmbito hospitalar)

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana e, mensalmente, a meta é atender todos usuários referenciados e/ou encaminhados para a Unidade Hospitalar.

8.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

8.3. Os serviços do SADT Interno não serão computados para fins de aferição de Metas de Produção.

8.4. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

9. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de **atendimento ambulatorial em Consultas Médicas** mensais de 2.988 consultas e **Não Médicas** mensais de 2.590 consultas, com variação de até 10%.

Quadro 05. Metas de consultas ambulatoriais para o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Consulta Médica na Atenção Especializada	2.988	35.856
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	2.590	31.080

9.2. O Atendimento Ambulatorial deverá funcionar de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, no mínimo, atendendo usuários egressos do próprio Hospital.

9.2.1. As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

9.2.2 As consultas realizadas pela Enfermagem poderão configurar consultas ambulatoriais se atenderem ao Decreto Lei n.º 94.406/1987, que regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas da consulta: análise dos dados contidos no prontuário; entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento; diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro), resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico; plano de cuidados, constituído de orientações, plano de ação e procedimentos realizados com o cliente para atender necessidades identificadas mediante comprovação; e registro, que é a legitimação das ações do profissional.

9.3. Serão considerados como Atendimento Ambulatorial para Metas de Produção: Primeira Consulta, Primeira Consulta de Egresso, Interconsulta e Consulta Subsequente.

9.4. O indicador de aferição será o Boletim de Produção Ambulatorial – BPA comprovado por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS, apresentada pelo próprio hospital e posteriormente processada e faturada pelo Ministério da Saúde.

10. SERVIÇO DE HEMODINÂMICA

10.1. A Unidade Hospitalar deverá ofertar 300 procedimentos/mês, com variação de até 10%.

Quadro 06. Metas de procedimentos de hemodinâmica para o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Serviço de Hemodinâmica	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Procedimentos de Hemodinâmica	300	3.600

11. SERVIÇO DE HEMOTERAPIA

11.1. A Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) do HUGOL deverá apresentar, no mínimo, as seguintes metas de produção, com variação de até 10%.

Quadro 07. Metas para Unidade de Coleta e Transfusão (UCT) do HUGOL

	Produto	Descrição	Cálculo	Periodicidade	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
1	Bolsas de sangue total coletadas	Quantitativo de bolsas de sangue total coletadas no período.	Nº absoluto – Somatório das unidades de bolsas de sangue total coletadas no período	Mensal	700 unidades	8.400 unidades
2	Inaptidão Clínica	Percentual de candidatos à doação de sangue considerados inaptos na triagem clínica no período	(Nº de candidatos à doação de sangue total considerados inaptos na triagem clínica / Nº total de candidatos à doação de sangue total no período) x 100	Mensal	≤ 18%	≤ 18%
3	Coletas de plaquetas por aférese	Quantitativo de doadores que efetivamente doaram plaquetas por aférese no período.	Nº absoluto – Somatório do número de doadores de plaquetas por aférese no período	Mensal	10 doadores	120 doadores
4	Quantitativo de Hemocomponentes Produzidos	Representa o total de hemocomponentes produzidos no período a partir de bolsas de sangue total coletadas.	Nº absoluto – Somatório das unidades de hemocomponentes produzidas no período (Concentrado de hemácias, Concentrado de plaquetas randômicas, Plasma Fresco Congelado, Plasma Comum, Crioprecipitado)	Mensal	1.500 unidades	18.000 unidades
5	Perda de Concentrado de Hemácias por validade	Representa a proporção (%) de bolsas de Concentrado de Hemácias descartadas pelo serviço por validade expirada no período.	(Nº de bolsas de concentrado de hemácias descartadas por validade expirada / Nº total de bolsas de concentrado de hemácias liberadas no período) x 100	Mensal	≤ 5%	≤ 5%
6	Estoque excedente (estratégico) de Concentrado de Hemácias	Representa o percentual de estoque excedente (estoque regulador/estratégico) de concentrado de hemácias em relação ao estoque mínimo calculado pela unidade. O Estoque mínimo de Concentrado de Hemácias deve ser a média de uso (transfusões + distribuições) de concentrado de hemácias dos seis meses anteriores ao mês em curso.	(Nº de bolsas de Concentrado de Hemácias liberadas para uso - Estoque mínimo de Concentrado de Hemácias) / Nº de bolsas de Concentrado de Hemácias liberadas para uso) x 100	Trimestral	≥ 8%	≥ 10%
7	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) apresentado	Boletim de Produção Ambulatorial apresentado para faturamento (deve conter os procedimentos realizados pela UCT)	Documento - BPA	Mensal	100% dos procedimentos realizados apresentados	100% dos procedimentos realizados apresentados

11.1.1 Considerando a sazonalidade da captação de doadores de sangue, as metas 1 e 4 deste Quadro, devem ser apresentadas mensalmente, mas para efeito de cumprimento contratual analisadas trimestralmente calculando-se a média.

12. SADT EXTERNO

12.1. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo refere-se à disponibilização de exames de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), ecocardiograma transtorácico, ressonância magnética tomografia a pacientes que estão sendo atendidos em outras unidades da rede de saúde e que possuem a prescrição para realizar o referido exame, sendo devidamente regulados pela Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual.

12.2. A Unidade Hospitalar deverá ofertar mensalmente para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), ecocardiograma transtorácico, ressonância magnética, tomografia computadorizada

sendo os pacientes referenciados pela Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual.

Quadro 08. Metas de exames para o SADT Externo do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Exame	Meta até 3º mês	Meta a partir 4º mês	Meta a partir 7º mês	Meta 12 meses
Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)	-	-	22	132
Ecocardiograma transtorácico	50	150	150	1.500
Ressonância magnética	-	-	250	1.500
Tomografia computadorizada	450	450	350	4.800

13. HOSPITAL DIA

13.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar 396 atendimentos no Hospital Dia por mês, com variação de até $\pm 10\%$.

13.2. Durante o tempo de permanência na Unidade, ao paciente deverá ser assegurado condições para sua permanência, conforme preconizado em legislação vigente.

Quadro 9. Metas de atendimentos para o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Hospital Dia	Meta a partir 7º mês	Meta 12 meses
Atendimentos	396	2.376

*Será contabilizado a partir do 7º mês devido a configuração dos leitos

14. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

14.1. O hospital deverá realizar, mensalmente, 45 atendimentos em atenção domiciliar até o 4º mês e 90 atendimentos a partir do 6º mês, com variação de até 10%.

Quadro 10. Metas de atendimentos para o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Serviço de Atenção Domiciliar	Meta a partir 4º mês	Meta a partir 6º mês	Meta 12 meses
Atendimentos	45	90	720

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

15. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

15.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

15.2. Os quadros a seguir apresentam os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Quadro 11- Síntese de Metas de Indicadores de Desempenho

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	$\geq 85\%$
Média de Permanência Hospitalar	≤ 7 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 30
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	$\leq 5\%$

Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)		≤20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS		≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)		≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)		≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)		≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas		1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias		≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS		< 5%
Índice de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgia Cardíaca		≤ 5%
Qualidade dos hemocomponentes produzidos	Concentrado de Hemácias (mensal)	≥ 90% de conformidade para cada parâmetro verificado
	Concentrado de Hemácias Desleucocitadas (mensal)	≥ 90% de conformidade para cada parâmetro verificado
	Concentrado de Plaquetas randômicas (mensal)	≥ 90% de conformidade para cada parâmetro verificado
	Concentrado de Plaquetas por aférese (mensal)	≥ 90% de conformidade para cada parâmetro verificado
	Plasma Fresco Congelado (semestral)	≥ 90% de conformidade para cada parâmetro verificado
	Crioprecipitado (semestral)	≥ 90% de conformidade para cada parâmetro verificado

Obs.: * Deverão ser informados mensalmente os seguintes indicadores:

- Percentual de ocorrência de rejeições no SIH até a obtenção das habilitações em traumatologia ortopedia, Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia. Pós habilitação irá compor o cálculo de meta de desempenho.
- Mortalidade operatória em cirurgia cardíaca (em até 07 dias)
- Informar tempo de porta para hemodinâmica
- Cirurgia Cardíaca, separadamente: a) Adulto; b) Pediátrico; c) Neonatal

15.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: $[Total\ de\ Pacientes-dia\ no\ período / Total\ de\ leitos\ operacionais-dia\ do\ período] \times 100$

15.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dia)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso

de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

15.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

15.2.4. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

15.2.5. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetria são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

15.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

Observação: o indicador será usado apenas como monitoramento, e não computará para efeito de desconto financeiro, haja vista, que o mesmo não está sob do parceiro privado.

O Percentual de ocorrência de rejeições será apenas informado até que o HUGOL obtenha as habilitações em traumatologia e Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia quando passará a ser monitorado e avaliado para a composição do cálculo de desempenho.

15.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

15.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

15.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

15.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

10.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: $[\text{Número de exames de imagem entregues em até 10 dias} / \text{total de exames de imagem realizados no período multiplicado}] \times 100$.

*exames externos

15.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: $[\text{Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS} / \text{total de atendimentos realizados mensalmente}] \times 100$.

15.2.13. Índice de Infecção em Sítio Cirúrgico em Cirurgia Cardíaca

Conceituação: as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos com ou sem colocação de implantes, em pacientes internados e ambulatoriais, sendo classificadas em ISC incisional superficial (pele e tecido celular subcutâneo); ISC incisional profunda (fáscia e músculos); e ISC órgão/cavidade (órgão ou cavidade).

O cálculo deve ser feito por procedimento para fins de notificação.

Como numerador, devem ser incluídas todas as infecções diagnosticadas no procedimento sob avaliação (cirurgia cardíaca). As infecções devem ser computadas na data em que o procedimento correspondente foi realizado.

Como denominador devem ser incluídos todos os procedimentos sob análise, realizados no período.

A razão é multiplicada por 100 (cem) e é expressa sob a forma percentual.

Fórmula: $[\text{n}^\circ \text{ de Infecção em Sítio Cirúrgico em cirurgia cardíaca} / \text{n}^\circ \text{ de cirurgias cardíacas}] \times 100$.

Obs.: O indicador deverá ser separado se para cirurgias cardíacas em pacientes adultos ou pediátricos. No entanto, para título de monitoramento inicial, serão consideradas tanto as ISC superficiais, como as profundas ou de cavidade, para efeito de cálculo, devendo, entretanto, o PARCEIRO PRIVADO informar a existência ou não das diferentes incidências.

Em caso de procedimentos múltiplos inter relacionados em datas diferentes do mesmo período e no mesmo paciente (reoperações), a ISC será atribuída ao primeiro procedimento.

Em caso de múltiplos procedimentos feitos, utilizando o mesmo acesso cirúrgico num mesmo paciente, apenas o procedimento de maior risco de infecção (níveis hierárquicos descendentes de A a D) será computado para efeito de cálculo das taxas de ISC (usar o quadro abaixo para escolha do procedimento).

Quadro. Hierarquização para procedimentos combinados

Nível Progressivo de Risco	Característica do Procedimento
A	Abertura de víscera oca ou mucosa
B	Procedimento com maior duração
C	Porte da cirurgia
D	Inserção de prótese

15.2.14. Qualidade dos hemocomponentes

Para a análise da qualidade dos hemocomponentes produzidos, a unidade deve apresentar um indicador para cada tipo de hemocomponente produzido, conforme definido nos subitens a seguir. Caso o serviço não produza algum dos hemocomponentes relacionados, deverá apresentar sua justificativa técnica e no respectivo resultado do indicador informar "Hemocomponente não produzido no período"

15.2.14.1. Qualidade de Concentrado de Hemácias

Avalia o alcance do percentual de conformidade para os parâmetros de qualidade para Concentrados de Hemácias produzidos pela UCT. Cálculo: Para cada parâmetro de controle de qualidade analisado para Concentrado de Hemácias deve ser alcançado o percentual de conformidade igual ou maior que 90%.

15.2.14.2. Qualidade de Concentrado de Hemácias Desleucocitadas

Avalia o alcance de conformidade para os parâmetros de qualidade para Concentrado de Hemácias Desleucocitadas produzidos pela UCT. Cálculo: Para cada parâmetro de controle de qualidade analisado para Concentrado de Hemácias Desleucocitadas deve ser alcançado o percentual de conformidade igual ou maior que 90%.

15.2.14.3. Qualidade de Concentrado de Plaquetas randômicas

Avalia o alcance de conformidade para os parâmetros de qualidade para Concentrados de Plaquetas Randômicas produzidos pela UCT. Cálculo: Para cada parâmetro de controle de qualidade analisado para Concentrado de Plaquetas Randômicas deve ser alcançado o percentual de conformidade igual ou maior que 90%.

15.2.14.4. Qualidade de Concentrado de Plaquetas por aférese

Avalia o alcance de conformidade para os parâmetros de qualidade para Concentrados de Plaquetas por Aférese produzidos pela UCT. Cálculo: Para cada parâmetro de controle de qualidade analisado para Concentrado de Plaquetas por Aférese deve ser alcançado o percentual de conformidade igual ou maior que 90%.

15.2.14.5. Qualidade de Plasma Fresco Congelado

Avalia o alcance de conformidade para os parâmetros de qualidade para Plasma Fresco Congelado produzidos pela UCT. Cálculo: Para cada parâmetro de controle de qualidade analisado para Plasma Fresco Congelado deve ser alcançado o percentual de conformidade igual ou maior que 90%.

15.2.14.6. Qualidade de Crioprecipitado

Avalia o alcance de conformidade para os parâmetros de qualidade para Crioprecipitado produzidos pela UCT. Cálculo: Para cada parâmetro de controle de qualidade analisado para Crioprecipitado deve ser alcançado o percentual de conformidade igual ou maior que 90%.

Quadro 11.1 - Indicadores Unidade de Coleta e Transfusão(UCT) do HUGOL

	Indicador	Periodicidade de avaliação do indicador	Meta
1	Percentual de atendimento interno a solicitações de hemocomponentes	Mensal	≥ 95%
2	Taxa de doadores espontâneos	Trimestral	55 %
3	Taxa de doador de repetição	Trimestral	35%
4	Taxa de Doador de 1ª vez	Trimestral	50%
5	Tempo médio do processo de doação de sangue	Mensal	< 60 minutos
6	Taxa de amostras de sangue descartadas por lipemia	Trimestral	≤ 1%
7	Percentual de satisfação de doadores de sangue	Trimestral	≥ 95%
8	Índice de Produção de Hemocomponentes	Trimestral	2,1
9	Percentual de execução do plano de educação permanente	Semestral	≥ 95%
10	Percentual de manutenções preventivas realizadas nos equipamentos da UCT	Semestral	≥ 95%
11	Percentual de calibrações de equipamentos realizadas na UCT	Semestral	≥ 95%
12	Percentual de qualificações térmicas realizadas em equipamentos da UCT	Semestral	≥ 95%

Obs: Independente da periodicidade de avaliação do indicador, no caso da qualidade dos hemocomponentes, o percentual de conformidade mensal para cada parâmetro, não pode ser inferior ao que estabelece o Anexo IV da Portaria de Consolidação MS 05/2017 ou o que vier a substituí-la ou sucedê-la.

Os Indicadores descritos no quadro 11.1 serão para a avaliação e monitoramento da Unidade de Coleta e Transfusão (UCT).

15.2.15. Percentual de atendimento interno a solicitações de hemocomponentes

Representa a proporção (%) de solicitações de hemocomponentes atendidas pela UCT no período. Cálculo: (Nº total de solicitações de hemocomponentes atendidas / Nº Total de solicitações de hemocomponentes) x 100.

15.2.16. Taxa de doadores espontâneos

Representa o percentual de doações feitas por pessoas motivadas para manter o estoque de sangue do serviço de hemoterapia, decorrente de um ato de altruísmo, sem identificação do nome do possível receptor. Cálculo: (Nº de doadores de sangue espontâneos / Nº Total de doadores de sangue no período) x 100

15.2.17. Taxa de doador de repetição

Representa o percentual de doadores que realizaram duas ou mais doações de sangue em 12 meses. Cálculo: (Nº de doadores de sangue de repetição / Nº Total de doadores de sangue no período) x 100.

15.2.18. Taxa de Doador de 1ª vez

Representa o percentual de doadores de sangue que doaram pela primeira no serviço de hemoterapia no período avaliado. Cálculo: (Nº de doadores de sangue de 1ª vez / Nº Total de doadores de sangue no período) x 100

15.2.19. Tempo médio do processo de doação de sangue

Representa o tempo médio para que o doador complete todo o processo de doação de sangue total, desde o cadastro na recepção até a liberação da sala de coleta. Cálculo: Média do tempo que o doador permanece no serviço para o processo de doação de sangue total (desde o início do cadastro na recepção até a saída da sala de coleta).

15.2.20. Taxa de amostras de sangue descartadas por lipemia

Representa o percentual de amostras de sangue de doadores descartadas por lipemia no período avaliado. Cálculo: (Nº de doações que tiveram amostras de sangue descartadas por lipemia / Nº total de doações de sangue no período) x 100

15.2.21. Taxa de satisfação de doadores de sangue.

Representa o percentual de doadores de sangue “satisfeitos + muito satisfeitos”. Ver observação abaixo. Cálculo: (Total de doadores de sangue que se declaram “satisfeitos + muito satisfeitos”) / (Total de doadores de sangue que participaram da pesquisa) x 100

Para o cálculo da taxa de satisfação de doadores de sangue, no numerador devem estar somados o total de doadores de sangue que se declararam “satisfeitos e muito satisfeitos”, sendo “muito satisfeito” o grau máximo de satisfação com o serviço e “satisfeito” o imediatamente anterior. Considere-se que essas opções de avaliação correspondem, por exemplo, aos critérios de satisfação “bom e muito bom” ou “bom e ótimo” ou “bom e excelente”.

No questionário para pesquisa de satisfação de doadores de sangue deverá, obrigatoriamente, estar inserida a seguinte Pergunta-padrão sobre a recomendação do serviço: “O (a) senhor (a) recomendaria este Banco de Sangue a um familiar ou amigo?”. A pergunta-padrão deverá estar inserida em um questionário de satisfação, não podendo ser administrada isoladamente.

15.2.22. Índice de Produção de Hemocomponentes

Mensura a relação entre os quantitativos de Hemocomponentes produzidos (Concentrados de hemácias, Concentrados de plaquetas, Plasma, Crioprecipitado), e as bolsas de sangue total coletadas no período. Cálculo: Número de hemocomponentes produzidos / Número de bolsas de sangue total coletadas no período

15.2.23. Percentual de execução do plano de educação permanente

Representa o percentual de execução das ações de treinamento e educação permanente aos servidores da UCT. Cálculo: (Ações do plano de educação permanente da UCT totalmente executadas / Total de ações propostas no plano de educação permanente da UCT) x 100

A proposta do plano de educação permanente para a UCT deverá ter sido validada/aprovada pela Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS, conforme item 1 deste anexo.

15.2.24. Percentual de manutenções preventivas realizadas

Representa a proporção de manutenções preventivas realizadas nos equipamentos da UCT, conforme cronograma de manutenções definido em conformidade com as boas práticas e legislação vigente. Cálculo: (Total de manutenções preventivas realizadas / Total de manutenções preventivas programadas no período) x 100

15.2.25. Percentual de calibrações de equipamentos realizadas

Representa a proporção de calibrações realizadas nos equipamentos da UCT, conforme cronograma definido em conformidade com as boas práticas e legislação vigente. Cálculo: (Total de calibrações de equipamentos realizadas / Total de manutenções calibrações de equipamentos programadas no período) x 100

15.2.26. Percentual de qualificações técnicas realizadas

Representa a proporção de qualificações técnicas realizadas nos equipamentos da UCT, conforme cronograma definido em conformidade com as boas práticas e legislação vigente. Cálculo: (Total de qualificações técnicas realizadas / Total de qualificações técnicas programadas no período) x 100.

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA/2021 - CRES- 19504

2. ENSINO E PESQUISA

2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.

2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.

2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto aos Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.

2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.

2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.

2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.

2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

2.14. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

2.15. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

2.16. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

2.17. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.

3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.

3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.

- 3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.
- 3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.
- 3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.
- 3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.
- 3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMEs), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).
- 3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.
- 3.11. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

- 4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.
- 4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- 4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.
- 4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.
- 4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).
- 4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.
- 4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.
- 4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>
- 4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.
- 4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, nos Programas de Residência Médica, o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01-Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGOL – Residentes Médicos Matriculados 2021

Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL	Coordenador	Supervisor	Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
Área Cirúrgica Básica	1	1	6	9	9
Clínica Médica		1	12	18	12
Ortopedia e Traumatologia		1	8	12	0
TOTAL	1	3	26	39	21

- 4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

- 5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.
- 5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.
- 5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).
- 5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).
- 5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.
- 5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.
- 5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.
- 5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.
- 5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:
- a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.
- b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.
- 5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.
- 5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.
- 5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.
- 5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.
- 5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.
- 5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.
- 5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.
- 5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores compatível com as normas ministeriais e da SES/GO.

Quadro 02 – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, área de concentração Urgência e Trauma – HUGOL

Programa de Residência em Urgência e Trauma	Coordenador	Tutor		Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
		Campo	Núcleo			
Enfermagem	01	01	01	04	06	0
Fisioterapia			01	04	06	0
Psicologia			01	04	06	0

Total	01	04*	12	18	0
--------------	-----------	------------	-----------	-----------	----------

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria Nº 1.313/2020 – SES.

Quadro 03 – Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Uniprofissional, área de concentração Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial – HUGOL

Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	Coordenador	Tutor		Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
		Campo	Núcleo			
Odontologia	01	01	01	04	06	0
Total	01	02*		04	06	0

* Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria Nº 1.313/2020 – SES.

5.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 6.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, 18 (dezoito) bolsas são financiadas pelo MS e 21 (vinte) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadro 04)

Quadro 04 – Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no HUGOL .

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residentes ***	21	3.996,52	83.926,92
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor da COREME*	30	474,78	14.243,40
Gratificação do Supervisor, Coordenador, Preceptor e Tutor da COREMU*	24	474,78	11.394,72
Executor Administrativo COREME**	01	6.721,15	6.721,15
Executor Administrativo COREMU**	01	6.721,15	6.721,15
Despesa de custeio diverso por Residente****	39	730,00	28.470,00
Despesa de custeio diverso por Residente****	24	730,00	17.520,00
Total Geral		-	168.997,34

*Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, coordenador, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

**Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo para COREMU e para COREME. cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R\$ 6.721,15.

****Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.*

*****As despesas de custeio diversos para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico, assinatura de videoconferência e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.*

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 225/2021 – SES/GO, de 22 de fevereiro de 2021, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnológicos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até 30 (trinta) dias após a assinatura do respectivo Contrato de Gestão ou Termo Aditivo, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo em até 30 (trinta) dias.

8.3 A SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, semestralmente, por meio de relatórios e/ou sistemas de gestão desenvolvidos pela Pasta.

8.3.1 Em se tratando de Ajustes com período de 180 (cento e oitenta) dias de vigência, a SESG monitorará, acompanhará e avaliará as ações referentes ao PAC, trimestralmente.

ANEXO Nº III - GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS/2021 - GGDP- 03087

3. DA GESTÃO DO TRABALHO E DE PESSOAS

3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

3.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

3.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

3.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar que a unidade sob seu gerenciamento desenvolva uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

3.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

3.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

3.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

3.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

3.12. Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE da Minuta do CONTRATO DE GESTÃO, o **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO** descritos no Quadro 01, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

3.13. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

3.14. Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

- 3.15. A dedução de que trata o item 3.13 será devida no valor correspondente aos custos inerentes a contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;
- 3.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.
- 3.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.
- 3.18. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.
- 3.19. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.
- 3.20. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.
- 3.21. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.
- 3.22. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.
- 3.23. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.
- 3.24. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.
- 3.25. Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.
- 3.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.
- 3.27. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.
- 3.28. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.
- 3.29. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.
- 3.30. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGOL

CARGOS	Total de Servidores cedidos
Não constam servidores cedidos a unidade	0
Fonte: RHNet Ref: Dez/2020 / Site: https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia Ref: 01/02/21	

ANEXO Nº IV - HUGOL/2021 - GAOS- 14421

1. ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL - HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA - HUGOL.

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**, o qual será objeto de prorrogação para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia da 07 dias por semana, ininterruptamente.

1.2. Para o cálculo **estimado** do custo operacional para a prorrogação contratual, foram considerados os dados contidos no Anexo I (000022383638) e no Despacho nº 721 (000022508524), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT contido no SEI nº (201400010001769).

1.3. Cita-se, por oportuno, que em razão da Declaração da Organização Mundial de Saúde da situação de pandemia referente à infecção pelo novo coronavírus, trabalha-se com uma **previsão de atendimentos e do nível de complexidade dos casos**, posto se tratar de uma situação excepcional.

1.4. Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** no no Anexo I (000022383638) e no Despacho nº 701 (000022383688), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT contido no SEI nº (201400010001769), este deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UNIDADE HOSPITALAR**.

1.5. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.6. As informações relativas à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela

estabelecidos.

1.7. As informações deverão ser enviadas até o dia 05 (cinco) do mês subsequente a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

1.8. O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Parceiro Privado** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

2.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, e para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pelas Superintendências da SES, conforme Anexo I (000022383638) e no Despacho nº 721 (000022508524), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT contido no SEI nº (201400010001769).

Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, seguiu-se os seguintes critérios:

- a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;
- b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)* de outras unidades, e inserção de serviços que a unidade não realiza;
- c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;
- d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2.2. Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico conforme a gravidade do paciente.

3. MÉTODO DE CÁLCULO

3.1. Metodologia

3.1.1 Foi utilizada a metodologia do Custeio por Absorção, que consiste no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pela legislação brasileira para a apresentação de relatórios contábeis e pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006), uma vez que segue os princípios da contabilidade e princípios fiscais. Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

3.1.2. Para a elaboração do orçamento, como facilitador, foi disponibilizado algoritmo de base de cálculo pela consultora Planisa, sendo consideradas as seguintes etapas no processo de orçamentação operacional gradual:

a) Conhecimento do perfil da Unidade, quanto a: localização, tipo de estabelecimento (CNES), especialidades predominantes, atividades de ensino e pesquisa, complexidade ambulatorial (CNES), complexidade hospitalar (CNES), porte em leitos, fluxo de clientela, clientela predominante e certificação de qualidade.

b) Tomar conhecimento das informações quantitativas previstas de produção para as etapas, conforme modelagem assistencial.

c) Seleção de hospitais (N) na base de dados da Planisa (sistema KPIH) com perfis semelhantes a Unidade.

3.1.3 Para o cálculo, a Planisa forneceu percentis (ver em item 3.2) relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)*, com referência de 2019 e de 2020.

3.1.4 A consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID (itens 1.1 da tabela de precificação do tópico 4). Salienta-se, deste modo que o órgão buscou selecionar as bases de dados mais atualizadas, conforme as limitações fáticas envolvidas.

3.1.5. Para os demais itens da tabela de precificação, foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

3.1.6. A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

3.1.7. A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

3.1.8. Importa, ainda, destacar que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.1.9. Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

3.1.10. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

3.2. Percentis (25, 50 e 75)

3.2.1. O custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

3.2.2. O *percentil adotado foi o P 75*, devido a alta complexidade da unidade hospitalar com atendimentos de urgência e emergência 24h, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

3.2.3. Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade.

3.2.4. Além do mais, o Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL) é referência em traumatologia, queimaduras e medicina intensiva. O hospital é habilitado como Centro de Referência em Assistência a Queimados de alta complexidade pelo Ministério da Saúde e é referência no atendimento pediátrico a vítimas de traumas. É, ainda, um hospital de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária, com banco de sangue próprio, sendo a maior Unidade de Saúde do Estado.

3.2.5 Nesse passo, tem-se, conforme destacado pela Gerência de Atenção Terciária da Superintendência de Atenção Integral à Saúde, via do Despacho 721 (000022508524), que ao contextualizar o perfil assistencial do HUGOL em relação às demais unidades da rede estadual, ser o aludido hospital o

que reúne "o maior conjunto de serviços especializados em média e alta complexidade: em urgência/emergência médica (clínica) e cirúrgica (clínica médica, cirurgia geral, urologia, cirurgia vascular, pediatria, bucomaxilofacial, plástica para o centro de queimados, ortopedia/traumatologia e outras) e medicina intensiva: adulta, pediátrica e unidade de queimados."

3.2.6 Especificamente quanto ao serviço de queimados e cirurgia cardíaca pediátrica, o HUGOL é a **única unidade Pública** no Estado de Goiás a ofertar tais serviços, bem como também é a única que possui um banco de sangue na sua estrutura, no qual garanti o abastecimento de hemocomponentes e hemoderivados segundo demanda interna hospitalar, atendendo principalmente, pacientes politraumatizados, paciente da Unidade de Terapia Intensiva, além de suporte à pacientes hematológicos provenientes da rede, como hemofílicos.

3.2.7 A propósito, importante destacar que Banco de Sangue, diferentemente da agência transfusional, necessita de estrutura que inclui setor de cadastro, triagem, coleta, fracionamento, liberação imuno-hematológica e sorológica e por fim transfusão.

3.2.8 Não bastasse, a unidade é referência para a rede de urgência e emergência na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com procedimentos diagnósticos em hemodinâmica, e terá a inserção dos procedimentos de alta complexidade voltados à neuroendovascular e Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE).

3.2.9 Todos esses fatores fazem com que a unidade receba pacientes com diagnóstico de maior gravidade, que em tese, ensejam maiores cuidados, demandando variadas tecnologias médico-hospitalares e diversificado uso de medicamentos, insumos, órteses e próteses

3.2.10. Com efeito, o cálculo ora apresentado buscou ponderar todo o contexto da unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Considerou-se também a capacidade instalada atualmente existente, já com as alterações de leitos ocorridas recentemente (implantação de leitos críticos e semicríticos para enfrentamento da COVID-19); a série histórica de atendimentos; os equipamentos instalados; as especialidades cirúrgicas aplicadas e serviços praticados na unidade.

3.3. Memória de cálculo

3.3.1 O critério usado para o custeio das "Internações Hospitalares" é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias e de 90% para as Unidades de Terapia Intensiva (críticos). O custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

3.3.2 Considerando a taxa de ocupação, haverá projeção de paciente-dia, conforme quadro 1 e quadro 2 abaixo. Assim, o custeio estimado para as unidades foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

Quadro 01. Internações Hospitalares Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Internações Hospitalares	Nº de Leitos	Quantidade dias do mês	Taxa de Ocupação (TOH)	Paciente-Dia (Até 3 meses)	Paciente-Dia (do 4º ao 5º mês)	Paciente-
UI Clínica Cirúrgica	150	30,4	85%	3876	3876	3876
UI Clínica Médica	110	30,4	85%	2842	2842	2842
UI Medica Pediátrica	30	30,4	85%	775	775	775
UI Queimados*1	10	30,4	85%	258	258	258
Clinica COVID Pediátrico	30	30,4	85%	775	775	775
Clinica COVID Adulto	30	30,4	85%	775	775	775
UTI Adulto	59	30,4	90%	1614	1614	1614
UTI Pediátrica	10	30,4	90%	274	274	274
UTI Queimados	7	30,4	90%	192	192	192
UTI Coronariana	10	30,4	90%	274	274	274
UTI Adulto COVID	16	30,4	90%	438	438	438
UTI Pediátrica COVID	11	30,4	90%	301	301	301

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), janeiro a dezembro de 2020.

Quadro 02. Internações Hospitalares Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Internações Hospitalares	Nº de Leitos	Quantidade dias do mês	Taxa de Ocupação (TOH)	Paciente-Dia (a partir de 7 meses)
UI Clínica Cirúrgica	168	30,4	85%	4341
UI Clínica Médica	120	30,4	85%	3101
UI Medica Pediátrica	40	30,4	85%	1034
UI Cirúrgica Pediátrica	20	30,4	85%	517
UI Queimados	10	30,4	85%	258
UTI Adulto	59	30,4	90%	1614
UTI Pediátrica	20	30,4	90%	547
UTI Queimados	7	30,4	90%	192
UTI Coronariana	10	30,4	90%	274
UTI Covid Adulto	10	30,4	90%	274

Referência: Relatório de Produção do Sistema (KPIH), janeiro a dezembro de 2020.

3.3.3. O critério usado para o custeio dos "Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) Interno e Externo" foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante, a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT, sendo estes dados obtidos de bases externas.

3.4. Atualização de Valores

3.4.1. Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o *benchmark* de 2020, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

3.4.2. A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020, pela Planisa.

3.4.3. A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

3.5.4. Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

4. VALOR MENSAL ESTIMADO

4.1. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**, é de **R\$29.263.283,48** (vinte e nove milhões, duzentos e sessenta e três mil duzentos e oitenta e três reais e quarenta e oito centavos), no Percentil 75, referente ao período de até 3 meses.

4.2. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**, é de **R\$29.552.223,69** (vinte e nove milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil duzentos e vinte e três reais e sessenta e nove centavos), no Percentil 75, a partir do 4º (quarto) ao 5º (quinto) mês.

4.3. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**, é de **R\$29.757.112,42** (vinte e nove milhões, setecentos e cinquenta e sete mil cento e doze reais e quarenta e dois centavos) no Percentil 75, no 6º (sexto) mês.

4.4. Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**, é de **R\$29.180.633,53** (vinte e nove milhões, cento e oitenta mil seiscentos e trinta e três reais e trinta e três centavos) no Percentil 75, a partir do 7º (sétimo) mês.

4.5. O montante global a ser repassado é de **R\$351.735.211,42** (trezentos e cinquenta e um milhões, setecentos e trinta e cinco mil duzentos e onze reais e quarenta e dois centavos), para os 12 (doze) meses da vigência contratual, que corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HUGOL (ATÉ 3 MESES)									
DESCRIÇÃO	CRITÉRIO		P25	P50	P75	P25	P50	P75	
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)									
1.1. Enfermarias									
		Quantidade							
UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	3876	537,60	620,42	685,41	2.083.737,60	2.404.747,92	2.656.649,16	
UI Clínica Médica	Paciente-dia	2842	592,21	707,40	711,19	1.683.060,82	2.010.430,80	2.021.201,98	
UI Médica Pediátrica	Paciente-dia	775	626,64	705,58	889,16	485.646,00	546.824,50	689.099,00	
UI Queimados**	Paciente-dia	258	1.406,05	1.406,05	1.406,05	362.760,90	362.760,90	362.760,90	
Clínica COVID Adulto	Paciente-dia	775	764,80	1.285,85	1.605,07	592.720,00	996.533,75	1.243.929,25	
Clínica COVID Pediatrico	Paciente-dia	775	764,80	1.285,85	1.605,07	592.720,00	996.533,75	1.243.929,25	
						5.800.645,32	7.317.831,62	8.217.569,54	
1.2. UTI									
UTI Adulto	Paciente-dia	1614	1.777,22	2.078,23	2.225,53	2.868.433,08	3.354.263,22	3.592.005,42	
UTI Pediátrica	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68	
UTI Queimados**	Paciente-dia	192	3.890,14	3.890,14	3.890,14	746.906,88	746.906,88	746.906,88	
UTI Coronariana ped	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68	
UTI Adulto COVID	Paciente-dia	438	2.413,12	2.875,00	3.956,13	1.056.946,56	1.259.250,00	1.732.784,94	
UTI Pediátrica COVID	Paciente-dia	301	2.413,12	2.875,00	3.956,13	726.349,12	865.375,00	1.190.795,13	
						6.481.741,20	7.367.788,74	8.560.605,73	
2 PRONTO SOCORRO									
2.1. Pronto Atendimento Geral		4.370	113,36	191,94	257,82	495.383,20	838.777,80	1.126.673,40	
2.2. Leitos de observação		1.398	729,90	776,00	822,00	1.020.400,20	1.084.848,00	1.149.156,00	
						1.515.783,40	1.923.625,80	2.275.829,40	
3 CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)									
Cirurgias	Horas (mês)	2239,5	1.486,18	1.623,40	2.032,03	3.328.300,11	3.635.604,30	4.550.731,19	
Hemodinâmica	Quantidade	300	3.124,52	3.124,52	3.124,52	937.356,00	937.356,00	937.356,00	
						4.265.656,11	4.572.960,30	5.488.087,19	
4 ATENDIMENTO AMBULATORIAL									
Consulta Médica	Consulta	2988	72,78	105,47	120,98	217.466,64	315.144,36	361.488,24	
Consulta Não Médica	Consulta	2590	28,87	46,12	67,82	74.773,30	119.450,80	175.653,80	
						292.239,94	434.595,16	537.142,04	
5 SERVIÇOS DE SADT - INTERNO E EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)									
Banco de Sangue	Bolsa Transfundida	860	494,72	494,72	494,72	425.459,20	425.459,20	425.459,20	
Análises Clínicas	Exame	71438	6,06	7,91	9,42	432.914,28	565.074,58	672.945,96	
Anatomia Patológica	Exame	270	26,12	32,78	85,66	7.052,40	8.850,60	23.128,20	
Broncoscopia	Exame	22	238,25	314,90	798,95	5.241,39	6.927,80	17.576,79	
Ecocardiograma	Exame	293	92,46	111,47	137,31	27.090,78	32.660,71	40.231,83	
Endoscopia/colonoscopia	Exame	75	253,41	314,90	519,53	19.005,75	23.617,50	38.964,75	
Raios X	Exame	5708	15,40	18,30	25,10	87.903,20	104.456,40	143.270,80	
Tomografia	Exame	4959	43,25	62,50	84,43	214.476,75	309.937,50	418.688,37	
Ultrassonografia	Exame	487	58,07	64,05	107,43	28.280,09	31.192,35	52.318,41	
Fisioterapia	Sessão	8505	15,41	21,01	25,20	131.062,05	178.690,05	214.326,00	
Fonoaudiologia	Exame	1357	21,01	26,87	30,97	28.510,57	36.462,59	42.026,29	
Hemodialisé	Exame	494	328,76	383,66	943,02	162.407,44	189.528,04	465.851,88	
Psicologia	Sessão	7769	24,13	43,69	69,11	187.465,97	339.427,61	536.915,59	
Terapia Ocupacional	Sessão	2274	10,68	30,16	37,36	24.286,32	68.583,84	84.956,64	
						1.781.156,19	2.320.868,77	3.176.660,71	
TOTAL S/ FIPE						17.168.486,48	19.819.977,89	22.844.456,04	
VALOR QUE DISPENSA FIPE						2.968.735,68	4.117.692,50	5.411.438,57	
DIFERENÇA FIPE 3,67%*						630.083,45	727.393,19	838.391,54	
CUSTEIO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA						168.997,34	168.997,34	168.997,34	
TOTAL GERAL						20.936.302,95	24.834.060,92	29.263.283,48	

* Produto não consta na base de benchmarking.

INFORMAÇÕES DA BASE

Localidade das unidades da base: Brasil

Porte de tais unidades: Hospitais especializados de Média e Alta complexidade

Ano de referência dos dados informados: 2019

Informação quanto à certificação de qualidade das unidades da base: Hospitais com certificação de qualidade

HUGOL (DO 4º AO 5º MÊS)

DESCRIÇÃO	CRITÉRIO		P25	P50	P75	P25	P50	P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1. Enfermarias								
		Quantidade de						
UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	3876	537,60	620,42	685,41	2.083.737,60	2.404.747,92	2.656.649,16
UI Clínica Médica	Paciente-dia	2842	592,21	707,40	711,19	1.683.060,82	2.010.430,80	2.021.201,98
UI Médica Pediátrica	Paciente-dia	775	626,64	705,58	889,16	485.646,00	546.824,50	689.099,00
UI Queimados*	Paciente-dia	258	1.406,05	1.406,05	1.406,05	362.760,90	362.760,90	362.760,90
Clinica COVID Pediátrica	Paciente-dia	775	764,80	1.285,85	1.605,07	592.720,00	996.533,75	1.243.929,25
Clinica COVID Adulto	Paciente-dia	775	764,80	1.285,85	1.605,07	592.720,00	996.533,75	1.243.929,25
						5.800.645,32	7.317.831,62	8.217.569,54
1.2. UTI								
UTI Adulto	Paciente-dia	1614	1.777,22	2.078,23	2.225,53	2.868.433,08	3.354.263,22	3.592.005,42
UTI Pediátrica	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68
UTI Queimados*	Paciente-dia	192	3.890,14	3.890,14	3.890,14	746.906,88	746.906,88	746.906,88
UTI Coronariana ped	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68
UTI Adulto COVID	Paciente-dia	438	2.413,12	2.875,00	3.956,13	1.056.946,56	1.259.250,00	1.732.784,94
UTI Pediátrica COVID	Paciente-dia	301	2.413,12	2.875,00	3.956,13	726.349,12	865.375,00	1.190.795,13
						6.481.741,20	7.367.788,74	8.560.605,73
2 PRONTO SOCORRO								
2.1. Pronto Atendimento Geral	Atendimentos	4.370	113,36	191,94	257,82	495.383,20	838.777,80	1.126.673,40
2.2. Leitos de observação	Atendimentos	1.398	729,90	776,00	822,00	1.020.400,20	1.084.848,00	1.149.156,00
						1.515.783,40	1.923.625,80	2.275.829,40
1.3. Serviço de Atendimento Domiciliar								
Atendimento Domiciliar	Atendimento	45	1.596,90	2.511,50	2.721,90	71.860,50	113.017,50	122.485,50
2. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
Cirurgias	Horas (mês)	2239,5	1.486,18	1.623,40	2.032,03	3.328.300,11	3.635.604,30	4.550.731,19
Hemodinâmica	Quantidade	350	3.124,52	3.124,52	3.124,52	1.093.582,00	1.093.582,00	1.093.582,00
						4.421.882,11	4.729.186,30	5.644.313,19
3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL								
Consulta Médica	Consulta	2988	72,78	105,47	120,98	217.466,64	315.144,36	361.488,24
Consulta Não Médica	Consulta	2590	28,87	46,12	67,82	74.773,30	119.450,80	175.653,80
						292.239,94	434.595,16	537.142,04
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO E EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)								
Banco de Sangue	Bolsa Transfundida	860	494,72	494,72	494,72	425.459,20	425.459,20	425.459,20
Análises Clínicas	Exame	71438	6,06	7,91	9,42	432.914,28	565.074,58	672.945,96
Anatomia Patológica	Exame	270	26,12	32,78	85,66	7.052,40	8.850,60	23.128,20
Broncoscopia	Exame	22	238,25	314,90	798,95	5.241,39	6.927,80	17.576,79
Ecocardiograma	Exame	293	92,46	111,47	137,31	27.090,78	32.660,71	40.231,83
Endoscopia/colonoscopia	Exame	75	253,41	314,90	519,53	19.005,75	23.617,50	38.964,75
Raios X	Exame	5708	15,40	18,30	25,10	87.903,20	104.456,40	143.270,80
Tomografia	Exame	4959	43,25	62,50	84,43	214.476,75	309.937,50	418.688,37
Ultrassonografia	Exame	487	58,07	64,05	107,43	28.280,09	31.192,35	52.318,41
Fisioterapia	Sessão	8505	15,41	21,01	25,20	131.062,05	178.690,05	214.326,00
Fonoaudiologia	Exame	1357	21,01	26,87	30,97	28.510,57	36.462,59	42.026,29
Hemodiálise	Exame	494	328,76	383,66	943,02	162.407,44	189.528,04	465.851,88
Psicologia	Sessão	7769	24,13	43,69	69,11	187.465,97	339.427,61	536.915,59
Terapia Ocupacional	Sessão	2274	10,68	30,16	37,36	24.286,32	68.583,84	84.956,64
						1.781.156,19	2.320.868,77	3.176.660,71
TOTAL S/ FIPE						17.396.572,98	20.089.221,39	23.123.167,54
VALOR QUE DISPENSA FIPE						2.968.735,68	4.117.692,50	5.411.438,57
DIFERENÇA FIPE 3,67%*						638.454,23	737.274,43	848.620,25
CUSTEO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA						168.997,34	168.997,34	168.997,34
TOTAL GERAL						21.172.760,23	25.113.185,66	29.552.223,69

* Produto não consta na base de benchmarking.

Localidade das unidades da base: Brasil

Porte de tais unidades: Hospitais especializados de Média e Alta complexidade

Ano de referência dos dados informados: 2019

Informação quanto à certificação de qualidade das unidades da base: Hospitais com certificação de qualidade

HUGOL (6º MÊS)

DESCRIÇÃO	CRITÉRIO		P25	P50	P75	P25	P50	P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1. Enfermarias		Quantidade						
UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	3876	537,60	620,42	685,41	2.083.737,60	2.404.747,92	2.656.649,16
UI Clínica Médica	Paciente-dia	2842	592,21	707,40	711,19	1.683.060,82	2.010.430,80	2.021.201,98
UI Médica Pediátrica	Paciente-dia	775	626,64	705,58	889,16	485.646,00	546.824,50	689.099,00
UI Queimados**	Paciente-dia	258	1.406,05	1.406,05	1.406,05	362.760,90	362.760,90	362.760,90
Clínica COVID Pediátrica	Paciente-dia	775	764,80	1.285,85	1.605,07	592.720,00	996.533,75	1.243.929,25
Clínica COVID Adulto	Paciente-dia	775	764,80	1.285,85	1.605,07	592.720,00	996.533,75	1.243.929,25
						5.800.645,32	7.317.831,62	8.217.569,54
1.2. UTI								
UTI Adulto	Paciente-dia	1614	1.777,22	2.078,23	2.225,53	2.868.433,08	3.354.263,22	3.592.005,42
UTI Pediátrica	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68
UTI Queimados**	Paciente-dia	192	3.890,14	3.890,14	3.890,14	746.906,88	746.906,88	746.906,88
UTI Coronariana ped	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68
UTI Adulto COVID	Paciente-dia	438	2.413,12	2.875,00	3.956,13	1.056.946,56	1.259.250,00	1.732.784,94
UTI Pediátrica COVID	Paciente-dia	301	2.413,12	2.875,00	3.956,13	726.349,12	865.375,00	1.190.795,13
						6.481.741,20	7.367.788,74	8.560.605,73
2 PRONTO SOCORRO								
2.1. Pronto Atendimento Geral	Atendimentos	4.370	113,36	191,94	257,82	495.383,20	838.777,80	1.126.673,40
2.2 Leitões de observação	Atendimentos	1.398	729,90	776,00	822,00	1.020.400,20	1.084.848,00	1.149.156,00
						1.515.783,40	1.923.625,80	2.275.829,40
1.3. Serviço de Atendimento Domiciliar								
Atendimento Domiciliar	Atendimento	90	1.596,90	2.511,50	2.721,90	143.721,00	226.035,00	244.971,00
2. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
Cirurgias	Horas (mês)	2239,5	1.486,18	1.623,40	2.032,08	3.328.300,11	3.635.604,30	4.550.731,19
Hemodinâmica	Quantidade	350	3.124,52	3.124,52	3.124,52	1.093.582,00	1.093.582,00	1.093.582,00
						4.421.882,11	4.729.186,30	5.644.313,19
3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL								
Consulta Médica	Consulta	2988	72,78	105,47	120,98	217.466,64	315.144,36	361.488,24
Consulta Não Médica	Consulta	2590	28,87	46,12	67,82	74.773,30	119.450,80	175.653,80
						292.239,94	434.595,16	537.142,04
4. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO E EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)								
Banco de Sangue	Bolsa Transfundida	860	494,72	494,72	494,72	425.459,20	425.459,20	425.459,20
Análises Clínicas	Exame	71438	6,06	7,91	9,42	432.914,28	565.074,58	672.945,96
Anatomia Patológica	Exame	270	26,12	32,78	85,66	7.052,40	8.850,60	23.128,20
Broncoscopia	Exame	22	238,25	314,90	798,95	5.241,39	6.927,80	17.576,79
Ecocardiograma	Exame	293	92,46	111,47	137,31	27.090,78	32.660,71	40.231,83
Endoscopia/colonoscopia	Exame	75	253,41	314,90	519,53	19.005,75	23.617,50	38.964,75
Raios X	Exame	5708	15,40	18,30	25,10	87.903,20	104.456,40	143.270,80
Tomografia	Exame	4959	43,25	62,50	84,43	214.476,75	309.937,50	418.688,37
Ultrassonografia	Exame	487	58,07	64,05	107,43	28.280,09	31.192,35	52.318,41
Fisioterapia	Sessão	8505	15,41	21,01	25,20	131.062,05	178.690,05	214.326,00
Fonoaudiologia	Exame	1357	21,01	26,87	30,97	28.510,57	36.462,59	42.026,29
Hemodíalise	Exame	494	328,76	383,66	943,02	162.407,44	189.528,04	465.851,88
Psicologia	Sessão	7769	24,13	43,69	69,11	187.465,97	339.427,61	536.915,59
Terapia Ocupacional**	Sessão	2274	10,68	30,16	37,36	24.286,32	68.583,84	84.956,64
Ressonância Magnética (interno)	Exame	250	181,38	273,05	300,60	45.345,00	68.262,50	75.150,00
						1.826.501,19	2.389.131,27	3.251.810,71
TOTAL S/ FIPE						17.513.778,48	20.270.501,39	23.320.803,04
VALOR QUE DISPENSA FIPE						2.968.735,68	4.117.692,50	5.411.438,57
DIFERENÇA FIPE 3,67%*						642.755,67	743.927,40	855.873,47
CUSTEIO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA						168.997,34	168.997,34	168.997,34
TOTAL GERAL						21.294.267,17	25.301.118,63	29.757.112,42

**1 Produto não consta na base de benchmarking.

INFORMAÇÕES DA BASE

Localidade das unidades da base: Brasil

Porte de tais unidades: Hospitais especializados de Média e Alta complexidade

Ano de referência dos dados informado: 2019

Informação quanto à certificação de qualidade das unidades da base: Hospitais com certificação de qualidade

HUGOL (A PARTIR DE 7 MESES)

DESCRIÇÃO	CRITÉRIO		P25	P50	P75	P25	P50	P75
1. SERVIÇOS HOSPITALARES (c/HM e c/ Mat/Med)								
1.1. Enfermarias		Quantidade						
UI Clínica Cirúrgica	Paciente-dia	4341	537,60	620,42	685,41	2.333.721,60	2.693.243,22	2.975.364,81
UI Clínica Médica	Paciente-dia	3101	520,57	621,90	632,65	1.614.287,57	1.928.511,90	1.961.832,15
UI Clínica Pediátrica	Paciente-dia	1034	626,64	705,58	889,16	647.945,76	729.569,72	919.391,44
UI Cirúrgica Pediátrica	Paciente-dia	517	626,64	705,58	889,16	323.972,88	364.784,86	459.695,72
UI Queimados**	Paciente-dia	258	1.406,05	1.406,05	1.406,05	362.760,90	362.760,90	362.760,90
						5.282.688,71	6.078.870,60	6.679.045,02
1.2. UTI								
UTI Adulto	Paciente-dia	1614	1.777,22	2.078,23	2.225,53	2.868.433,08	3.354.263,22	3.592.005,42
UTI Pediátrica	Paciente-dia	547	1.976,47	2.083,93	2.368,82	1.081.129,09	1.139.909,71	1.295.744,54
UTI Queimados**	Paciente-dia	192	3.890,14	3.890,14	3.890,14	746.906,88	746.906,88	746.906,88
UTI Coronariana ped	Paciente-dia	274	1.976,47	2.083,93	2.368,82	541.552,78	570.996,82	649.056,68
UTI Adulto COVID	Paciente-dia	274	2.413,12	2.875,00	3.956,13	661.194,88	787.750,00	1.083.979,62
						5.899.216,71	6.599.826,63	6.283.713,52
1.3. Emergência								
1.3.1 Hospital Dia	Atendimento	396	367,09	367,09	367,09	145.367,64	145.367,64	145.367,64
1.3.2 Pronto Atendimento Geral	atendimento	4370	113,36	191,94	257,82	495.383,20	838.777,80	1.126.673,40
1.3.3 Leitos de observação	Atendimentos	1.398	729,90	776,00	822,00	1.020.400,20	1.084.848,00	1.149.156,00
						1.661.151,04	2.068.993,44	2.421.197,04
2. Serviço de Atendimento Domiciliar								
Atendimento Domiciliar	Atendimento	90	1.596,90	2.511,50	2.721,90	143.721,00	226.035,00	244.971,00
3. CIRURGIAS (c/HM e c/ Mat/Med)								
Cirurgias	Horas (mês)	3110,4	1.486,18	1.623,40	2.032,03	4.622.614,27	5.049.423,36	6.320.426,11
Hemodinâmica	Quantidade	350	3.124,52	3.124,52	3.124,52	1.093.582,00	1.093.582,00	1.093.582,00
						5.716.196,27	6.143.005,36	7.414.008,11
4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL								
Consulta Médica	Consulta	2988	72,78	105,47	120,98	217.466,64	315.144,36	361.488,24
Consulta Não Médica	Consulta	2590	28,87	46,12	67,82	74.773,30	119.450,80	175.653,80
						292.239,94	434.595,16	537.142,04
5. SERVIÇOS DE SADT - INTERNO E EXTERNO (c/HM e c/ Mat/Med)								
Banco de Sangue	Bolsa Transfundida	860	494,72	494,72	494,72	425.459,20	425.459,20	425.459,20
Análises Clínicas	Exame	71438	6,06	7,91	9,42	432.914,28	565.074,58	672.945,96
Anatomia Patológica	Exame	270	2,612	32,78	85,66	7.052,40	8.850,60	23.128,20
Broncoscopia	Exame	22	238,25	314,90	798,95	5.241,39	6.927,80	17.576,79
CPRE*2	Exame	40	238,25	314,90	798,95	9.530,00	12.596,00	31.958,00
Eccardiograma	Exame	293	92,46	111,47	137,31	27.090,78	32.660,71	40.231,83
Endoscopia/colonoscopia	Exame	75	253,41	314,90	519,53	19.005,75	23.617,50	38.964,75
Raios X	Exame	5708	15,40	18,30	25,10	87.903,20	104.456,40	143.270,80
Tomografia	Exame	4959	43,25	62,50	84,43	214.476,75	309.937,50	418.688,37
Ultrasonografia	Exame	487	58,07	64,05	107,43	28.280,09	31.192,35	52.318,41
Fisioterapia	Sessão	8505	15,41	21,01	25,20	131.062,05	178.690,05	214.326,00
Fonoaudiologia	Exame	1357	21,01	26,87	30,97	28.510,57	36.462,59	42.026,29
Hemodialise	Exame	494	328,76	383,66	943,02	162.407,44	189.528,04	465.851,88
Psicologia	Sessão	7769	24,13	43,69	69,11	187.465,97	339.427,61	536.915,59
Terapia Ocupacional	Sessão	2274	10,68	30,16	37,36	24.286,32	68.583,84	84.956,64
Ressonância Magnética	Exame	500	181,38	273,05	300,60	90.690,00	136.525,00	150.300,00
						1.881.376,19	2.469.989,77	3.358.918,71
TOTAL S/ FIPE						20.215.394,98	23.233.565,96	26.938.995,44
VALOR QUE DISPENSA FIPE						661.194,88	787.750,00	1.083.979,62
DIFERENÇA FIPE 3,67%*						741.905,00	852.671,87	988.661,13
CUSTO DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA						168.997,34	168.997,34	168.997,34
TOTAL GERAL						21.787.492,20	25.042.985,17	29.180.633,53

*1 Produto não consta na base de benchmarking.

*2 Utilizado valor HGG.

INFORMAÇÕES DA BASE

Localidade das unidades da base: Brasil

Porte de tais unidades: Hospitais especializados de Média e Alta complexidade

Ano de referência dos dados informados: 2019

Informação quanto à certificação de qualidade das unidades da base: Hospitais com certificação de qualidade

Referência Bibliográfica:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia.** Brasília-DF, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

ANEXO N° - V - HUGOL/2021 - GAOS- 14421

1. REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE

1.1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.2. A atividade assistencial a ser contratada subdivide-se em modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no Despacho N° 721 (000022508524), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT, Anexo I (000022383638), autos SEI N° (201400010001769).

1.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL:**

- a) Internações Hospitalares:
 - a.a) Saídas de Clínica Médica;
 - a.b) Saídas Cirúrgicas;
 - a.c) Saídas Pediátricas;
 - a.d) Saídas Clínica de Queimados;
 - a.e) Internações em leitos de UTI;
 - a.f) Internações em leitos de UTI adulto covid;
 - a.g) Internações em leitos de UTI pediátrico covid;
 - a.h) Internações em leitos de enfermaria adulto covid;
 - a.i) Internações em leitos de enfermaria pediátrica covid;

- b) Cirurgias
- c) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais.
- d) SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.
- e) Serviço de Atenção Domiciliar - (SAD)
- f) Serviço de Hemodinâmica

1.4. Os Atendimentos de Urgência e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

1.5. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

2.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes 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 estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 426/2021 ou outra norma vigente.

2.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

2.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no Despacho Nº 721 (000022508524), da Gerência de Atenção Terciária – GERAT, Anexo I (000022383638), autos SEI Nº (201400010001769).

3. SISTEMA DE REPASSE

3.1. O montante do orçamento econômico-financeiro do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, referente ao período de 12 (doze) meses, é de **R\$351.735.211,42 (trezentos e cinquenta e um milhões, setecentos e trinta e cinco mil duzentos e onze reais e quarenta e dois centavos)**, no Percentil 75.

3.2. O montante do orçamento econômico-financeiro do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, até o 3º meses, é de **R\$29.263.283,48 (vinte e nove milhões, duzentos e sessenta e três mil duzentos e oitenta e três reais e quarenta e oito centavos)** mensais, no Percentil 75.

3.3. O montante do orçamento econômico-financeiro do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, referente ao período do 4º (quarto) ao 5º (quinto) mês, é de **R\$29.552.223,69 (vinte e nove milhões, quinhentos e cinquenta e dois mil duzentos e vinte e três reais e sessenta e nove centavos)** mensais, no Percentil 75.

3.4. O montante do orçamento econômico-financeiro do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, referente ao 6º (sexto) mês, é de **R\$29.757.112,42 (vinte e nove milhões, setecentos e cinquenta e sete mil cento e doze reais e quarenta e dois centavos)**, no Percentil 75.

3.5. O montante do orçamento econômico-financeiro do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, referente ao período a partir do 7º (sétimo) mês, é de **R\$29.180.633,53 (vinte e nove milhões, cento e oitenta mil seiscentos e trinta e três reais e cinquenta e três centavos)** mensais, no Percentil 75.

3.6. Do montante estimado para o período de até 3 meses, a parte fixa, 90% (noventa por cento), corresponde ao valor de **R\$26.336.955,13 (vinte e seis milhões, trezentos e trinta e seis mil novecentos e cinquenta e cinco reais e treze centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte TABELA 1:

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (ATÉ 3 MESES).

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO (MENSAL - ATÉ 3 MESES).

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	73%
Cirurgias	20%
Atendimentos Ambulatoriais	4%
Serviço de Atenção Domiciliar	1%
SADT Externo	2%
TOTAL	100%

3.7. Do montante estimado para o período de até 3 meses, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor mensal de **R\$2.926.328,35 (dois milhões, novecentos e vinte e seis mil trezentos e vinte e oito reais e trinta e cinco centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.8. Do montante estimado para o período referente referente ao período do 4º (quarto) ao 5º (quinto) mês, a parte fixa 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R\$26.597.001,32 (vinte e seis milhões, quinhentos e noventa e sete mil um reais e trinta e dois centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 2**:

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (DO 4º AO 5º MÊS).

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO (MENSAL - DO 4º AO 5º MÊS)

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	73%
Cirurgias	20%
Atendimentos Ambulatoriais	4%
Serviço de Atenção Domiciliar	1%
SADT Externo	2%
TOTAL	100%

3.9. Do montante estimado para o período referente ao período do 4º (quarto) ao 5º (quinto) mês, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor mensal de **R\$2.955.222,37 (dois milhões, novecentos e cinquenta e cinco mil duzentos e vinte e dois reais e trinta e sete centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.10. Do montante estimado para o período referente referente ao 6º (sexto) mês, a parte fixa 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R\$26.781.401,18 (vinte e seis milhões, setecentos e oitenta e um mil quatrocentos e um reais e dezoito centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 3**:

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (NO 6º MÊS).

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO (MENSAL - NO 6º MÊS)

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	73%
Cirurgias	20%
Atendimentos Ambulatoriais	4%
Serviço de Atenção Domiciliar	1%
SADT Externo	2%
TOTAL	100%

3.11. Do montante estimado para o período referente ao 6º (sexto) mês, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor mensal de **R\$2.975.711,24 (dois milhões, novecentos e setenta e cinco mil setecentos e onze reais e vinte e quatro centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.12. Do montante estimado para o período referente referente a partir do 7º (sétimo) mês, a parte fixa 90% (noventa por cento) corresponde ao valor de **R\$26.262.570,18 (vinte e seis milhões, duzentos e sessenta e dois mil quinhentos e setenta reais e dezoito centavos)** por mês, distribuído percentualmente nos termos indicados na seguinte **TABELA 4**:

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO (A PARTIR DO 7º MÊS).

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO (MENSAL - A PARTIR DO 7º MÊS)

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)
Internações Hospitalares	73%
Cirurgias	20%
Atendimentos Ambulatoriais	4%
Serviço de Atenção Domiciliar	1%
SADT Externo	2%
TOTAL	100%

3.13. Do montante estimado para o período referente ao período a partir do 7º (sétimo) mês, a parte variável 10% (dez por cento) corresponde ao valor mensal de **R\$2.918.063,35 (dois milhões, novecentos e dezoito mil sessenta e três reais e trinta e cinco centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**.

3.14. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas no item 1.3. já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000023795095).

3.15. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime trimestral, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e **com comunicado prévio**, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**.

3.16. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o PARCEIRO PRIVADO nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III, IV e V, a Organização Social **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**.

3.17. **As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.**

3.18. As informações deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o PARCEIRO PÚBLICO poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

3.19. Os resultados deverão ser apresentados pelo PARCEIRO PRIVADO mensalmente.

3.20. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

3.21. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo PARCEIRO PRIVADO para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

3.22. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores**, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

3.23. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse, o PARCEIRO PRIVADO poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

3.24. A cada período de 06 (seis) meses, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

3.25. A cada 06 (seis) meses, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.**

3.26. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

3.27. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

3.28. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

3.29. O PARCEIRO PRIVADO **deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.**

3.30. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

3.31. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa**, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

3.32. O PARCEIRO PÚBLICO **realizará mensalmente**, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

3.33. Competirá ao **PARCEIRO PRIVADO** efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade de saúde gerida.

4 - CRITÉRIOS DE REPASSE

4.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME TRIMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde**.

4.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas seguintes tabelas - TABELA 1, TABELA 2, TABELA 3, TABELA 4 -*Tabelas para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL*, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo I (000022383638), autos SEI Nº (201400010001769), gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na TABELA 5 deste Anexo Técnico V.

TABELA 5 – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL.

ATÉ 3 MESES

Modalidade de Contratações	Atividade Realizada	Valor a Pagar
Internação Hospitalares Peso 73 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Cirurgias Peso 20 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Atendimentos Ambulatoriais Peso 4 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Serviço de Atenção Domiciliar Peso 1 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
SADT Externo Peso 2 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos

DO 4º (QUARTO) AO 5º (QUINTO) MÊS

Modalidade de Contratações	Atividade Realizada	Valor a Pagar
Internação Hospitalares Peso 73 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Cirurgias Peso 20 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Atendimentos Ambulatoriais Peso 4 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Serviço de Atenção Domiciliar Peso 1 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
SADT Externo Peso 2 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos

NO 6º (SEXTO) MÊS

Modalidade de Contratações	Atividade Realizada	Valor a Pagar
Internação Hospitalares Peso 73 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Cirurgias Peso 20 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Atendimentos Ambulatoriais Peso 4 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Serviço de Atenção Domiciliar Peso 1 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
<u>SADT</u> Externo Peso 2 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos

A PARTIR DO 7º (SÉTIMO) MÊS

Modalidade de Contratações	Atividade Realizada	Valor a Pagar
Internação Hospitalares Peso 73 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Cirurgias Peso 20 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Atendimentos Ambulatoriais Peso 4 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
Serviço de Atenção Domiciliar Peso 1 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
<u>SADT</u> Externo Peso 2 %	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos

5. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

5.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 3.25. deste documento (anexo). Os ajustes dos valores financeiros



a ordem cronológica, cujo cumprimento é de responsabilidade do órgão solicitante, conforme dispõe os arts. 3º e 4º, deverá o órgão solicitar o ajuste das respectivas CMDFs ao Tesouro Estadual em estrita obediência a essa ordem. § 3º Com as CMDFs ajustadas, é de responsabilidade do órgão/unidade orçamentária que os pagamentos sejam realizados cumprindo a ordem cronológica. Art. 6º Esta portaria entra em vigor na data de sua assinatura, retroagindo seus efeitos a contar da data de publicação da Portaria nº 975/2020 - CGF, e com vigência vinculada à duração do respectivo contrato. 20/10/2021

Esmeraldino Jacinto de Lemos - Coronel QOC
Comandante-Geral

Protocolo 262520

EXTRATO DA PORTARIA N. 905/2021 - CBMGO

O Cmte. Geral e o Cmte de Gestão e Finanças em exercício do CBMGO resolvem: Art. 1º Retirar a condição de *sub-judice* do registro funcional do Sd 1ª Classe QP/Combatente 03.383 CAIO RODRIGO DE SANTANA RODRIGUES, CPF: 021.383.345-03.18/10/2021

Esmeraldino Jacinto de Lemos - Coronel QOC
Comandante-Geral

Charles Xavier de Barros- Maj QOC
Comandante de Gestão e Finanças

Protocolo 262731

EXTRATO DO TERMO ADESÃO À ARP Nº 348/2020

Processo SEI-GO nº: 202100011017545

Ata de Registro de Preços: nº 348/2020, oriunda do Pregão Eletrônico (SRP) nº 39/2020 - 5º Batalhão de Engenharia de Construção.

Órgão Gerenciador: 5º Batalhão de Engenharia de Construção - Exército Brasileiro.

Órgão Aderente: Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Goiás

Titular do Registro/Fornecedor: HS Comércio, Locação e Manutenção de Equipamentos de Informática LTDA, CNPJ: 24.802.687/0001-47.

Objeto: 01 (unid.) Aeronave Teleguiada - Drone.

Fonte de Recurso: 100 - Receitas Ordinárias

Dotação Orçamentária: 2021.2901.06.122.1021.3066.04 - GABINETE DO SECRETARIO DA SEGURANÇA PÚBLICA.

Valor Total: R\$ 16.789,00 (dezesesseis mil, setecentos e oitenta e nove reais).

Vigência da Ata de Registro de Preços: 31/12/2020 até 30/12/2021.

Esmeraldino Jacinto de Lemos - CEL QOC
Comandante Geral do CBMGO

Protocolo 262683

Diretoria Geral de Administração Penitenciária

Extrato de Portaria nº 413/2021-DGAP. O Diretor-Geral da Administração Penitenciária, no uso de suas atribuições, RESOLVE: Art. 1º. Designar o servidor ANDERSON DE SOUZA OLIVEIRA, CPF: 98183800106, para exercer a função de gestor titular do Convênio nº 058/2021-PM, objeto do processo 202100002001464, e o servidor MARINHO MARTINS FERREIRA NETO, CPF 89618840182, para exercer a função de gestor suplente nos impedimentos e ausências do gestor titular, cujo objeto é a mútua cooperação entre os partícipes, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, com o fim de propiciar meios de garantir assistência efetiva ao Município de Santa Rita do Novo Destino-Goiás, no tocante às atividades de segurança pública, mormente no que diz respeito à prevenção, repressão de delitos, ações de defesa civil, resposta e prevenção a desastres. Art. 2º - Estabelecer as obrigações do Gestor do Convênio; Art. 3º - Determinar a apresentação de relatório mensal sobre a execução do convênio. PUBLIQUE-SE. GABINETE DO DIRETOR GERAL DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA, Goiânia, 20/10/2021. A íntegra da Portaria será Publicada no site da DGAP. FRANZ AUGUSTO MARLUS RASMUSSEN RODRIGUES, Diretor-Geral da Administração Penitenciária.

Protocolo 262542

EXTRATO DE TERMO DE COOPERAÇÃO Nº 011/2021 - DGAP.

Processo: 202116448033624. Primeiro Partícipe: Estado de Goiás/Diretoria-Geral de Administração Penitenciária - DGAP. Segundo Partícipe: Município de Sanclerlândia - GO, inscrita no CNPJ n. 29.394.729/0001-71. Objeto: estabelecer parceria de forma integrada entre a DGAP e a Prefeitura de Sanclerlândia com os fins de mútua colaboração entre os partícipes, com propósito de conferir efetividade à Seção IV do Capítulo I do Título V da Lei nº 7.210/1984 (Lei de Execução Penal), de forma a permitir que os reeducandos do Sistema de Execução Penal do Estado de Goiás tenham oportunidade de trabalho, geração de renda e remição de pena. Vigência: 24 (vinte e quatro) meses, contados partir da data de publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Estado de Goiás. Recurso: Não está previsto o repasse de recursos financeiros entre os partícipes. Cada partícipe arcará com o ônus de acordo com as responsabilidades assumidas no TERMO DE COOPERAÇÃO. Data de Assinatura: 13/10/2020. FRANZ AUGUSTO MARLUS RASMUSSEN RODRIGUES. Diretor-Geral Interino de Administração Penitenciária.

Protocolo 262561

Secretaria da Saúde - SES

EXTRATO DO EDITAL Nº 05/2021 - SESG/SES-GO

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) torna público o Edital nº05/2021 - SESG/SES-GO e convida os profissionais que trabalham na área da saúde das esferas de governo estadual ou municipal do Estado de Goiás para se candidatarem as vagas como discentes do Curso de Especialização de Nível Médio para Técnico em Enfermagem em Gerontologia, disponível no site: https://www.saude.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12287&catid=132.

VIVIANE L. CASSIMIRO MEIRELES

Superintendente da Escola de Saúde de Goiás
SESG

Protocolo 262794

EXTRATO DO EDITAL Nº 06/2021 - SESG/SES-GO

A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) torna público o Edital nº06/2021 - SESG/SES-GO e convida os profissionais que trabalham na área da saúde das esferas de governo estadual ou municipal do Estado de Goiás para se inscreverem na seleção de vagas como docentes do Curso de Especialização de Nível Médio para Técnico em Enfermagem em Gerontologia, disponível no site: https://www.saude.go.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12287&catid=132.

VIVIANE L. CASSIMIRO MEIRELES

Superintendente da Escola de Saúde de Goiás
SESG

Protocolo 262796

EXTRATO DO 9º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE

GESTÃO Nº 003/2014-SES/GO (AGIR/HUGOL). Processo nº: 201400010001769. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. Objeto: 1-Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, por período de 12 (doze) meses. 2- Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, alinhado ao perfil da unidade hospitalar, com a consequente adequação do Anexo Técnico I. 3 - Readequação do valor do repasse mensal referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do HUGOL, conforme disposto no Anexo Técnico II, elaborado pela Coordenação de Residência e Estágio da Superintendência de Escola de Saúde de Goiás - SESG. 4-Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL. 5 - Inclusão de cláusulas ao Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, da minuta-padrão elaborada pela Procuradoria-Geral do Estado. Valor do Aditivo: R\$ 352.035.211,42. Dotação Orçamentária: 2850.



10.302.1043.2149.03.100.90 2850.10.302.1043.2149.03.232.90
2850.10.302.1043.2167.03.238.90 e 2850.10.122.4100.4144.01.
100.90. **Vigência:** 12 (doze) meses, com início em 15/07/2021 e
término em 14/07/2022. **Signatários:** Ismael Alexandrino Junior -
Secretário de Estado da Saúde. Lucas Paula da Silva - Associação
de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR.

Protocolo 262709

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Portaria
retificação n. 1508/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA
SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto
no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás,
nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do
Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/
SES -GO, que trata sobre a instrução processual das transfe-
rências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. **RESOLVE:**
Art. 1º - Retificar a Portaria nº 1508/2021, referente ao processo
202100010009462, publicada no Diário Oficial do Estado nº 23.576,
no dia 20 de setembro de 2021. Art. 2º - Onde se lê "cujo objeto
é CUSTEIO" leia-se "cujo objeto é INVESTIMENTO". Art. 3º - Esta
Portaria entra em vigor na data de sua publicação. **CUMPRASE**
e **PUBLIQUE-SE.** Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE, aos 07 dias do mês de outubro de 2021.

Protocolo 262701

EXTRATO DO TERMO DE CESSÃO DE USO Nº 34/2021-SES/
GO. **Processo** nº: 202000010034129. **Objeto:** Cessão de uso de
equipamentos de informática com o objetivo de apoiar o município
na organização de postos de testagem para Covid-19 através de
disponibilização de aplicativos e suporte logístico. **Cedente:** Estado
de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Cessionário:** Município
de Silvânia-GO. **Vigência:** 22/10/2021 a 21/10/2041. **Signatários:**
Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Geraldo
Luiz Santana - Prefeito Municipal de Silvânia-GO.

Protocolo 262710

Aviso de Licitação

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO, torna público
que realizará a licitação abaixo relacionada na modalidade
PREGÃO ELETRÔNICO, na forma da Lei. O edital encontra-se à
disposição dos interessados na Gerência de Compras Governam-
entais/SES-GO, situada na Rua SC-I, nº 299, Parque Santa Cruz,
Goiânia/GO, CEP: 74.860-270 - Fone: 3201-3800/3459, e no site:
www.comprasnet.go.gov.br.

P.E. N.º 202/2021. Proc: 202100010038994 - Objeto: **Contratação
de empresa especializada em fornecimento de medicamento
sendo ele: CANABIDIOL 1PURE CDB, para atender decisões
judiciais proferida em desfavor do Estado de Goiás.** Valor
Estimado: R\$ 128.434,28

Data de início da apresentação das propostas e documentos de
habilitação: A partir das 14:00 h do dia 25/10/2021 (Horário de
Brasília). **Data da abertura da sessão pública: A partir das 09:00
h do dia 11/11/2021 (Horário de Brasília)**

Goiânia/GO, 22 de outubro de 2021.

Natal de Castro - Gerente da GCG/SES-GO

Protocolo 262704

Aviso de Licitação

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO, torna público
que realizará a licitação abaixo relacionada na modalidade
PREGÃO ELETRÔNICO, na forma da Lei. O edital encontra-se à
disposição dos interessados na Gerência de Compras Governam-
entais/SES-GO, situada na Rua SC-I, nº 299, Parque Santa Cruz,
Goiânia/GO, CEP: 74.860-270 - Fone: 3201-3800/3459, e no site:
www.comprasnet.go.gov.br.

P.E. N.º 179/2021. Proc: 201900010018251 - Objeto Registro de
preço para eventuais aquisições de Correlatos para atender as
ações da Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez
Barbosa. Tipo: Menor preço por item - Valor total estimado: R\$
129.909,44

Data de início da apresentação das propostas e documentos de
habilitação: A partir das 16h00min do dia 25/10/2021 (Horário de
Brasília).

Data da abertura da sessão pública: A partir das 09h00min do dia
18/11/2021 (Horário de Brasília).

Goiânia/GO, 25 de outubro de 2021.

Natal de Castro - Gerente da GCG/SES-GO

Protocolo 262706

Aviso de Adiamento e Republicação de Licitação

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO, torna público
que a realização da sessão de abertura do Pregão Eletrônico nº
191/2021, Processo Administrativo: **202100010024857**, cujo objeto
é o Registro de preço de Materiais de Escritório, para a Secretaria
Estadual de Saúde. Tipo: Menor preço por item inicialmente marcada
para o dia **27/10/2021 às 09:00 hs**, fica adiada para o dia **12/11/2021,
às 09:00 hs**. O adiamento se deve à necessidade de alterações
no Termo de Referência. Demais informações encontram-se à
disposição dos interessados na Gerência de Compras Governamen-
tais da SES-GO e no site: www.comprasnet.go.gov.br

Goiânia, 25 de Outubro de 2021

Natal de Castro - Gerente da GCG/SES-GO

Protocolo 262703

AVISO DE ADIAMENTO

Pregão Eletrônico nº 188/2021

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO, torna público
aos interessados, que a data de abertura da sessão pública do Pregão
Eletrônico nº 188/2021, referente ao processo nº 201900010048848,
inicialmente marcada para o dia 25/10/2021, às 09:00 h, foi adiada
"SINE DIE", face à necessidade de maior prazo para alterações no
Termo de Referência, acatados em pedidos de impugnação. Opor-
tunamente será dada publicidade de nova data de realização deste
pregão eletrônico. Demais informações encontram-se à disposição
dos interessados na Gerência de Compras Governamentais da
SES-GO e no site: www.comprasnet.go.gov.br.

Goiânia/GO, 22 de outubro de 2021

Natal de Castro - Gerente da GCG/SES

Protocolo 262740

RETIFICAÇÃO DO EXTRATO DE RESULTADO DO PREGÃO ELETRÔNICO

Nº 068/2021 - SES/GO

Pregão Eletrônico: 068/2021.

Objeto: Aquisição de equipamentos médicos hospitalares, para fins
de operação e funcionamento da Unidade de Saúde hospitalar da
Região Norte do estado de Goiás (Hospital Estadual e Maternidade
de Uruaçu - HEMU), e demais órgãos interessados.

Tipo: Menor Preço por Item.

Processo: 202000010032406.

Empresa Adjudicatária:

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

EXTRATO DE CONTRATO Nº 39/2021

Contratante: SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESP.
Processo Nº: 2021-K30TD
Forma de Contratação: Pregão Eletrônico nº 022/2021.
Contratada: JOBE LUV INDÚSTRIA E COMÉRCIO LTDA.
CNPJ: 44.669.141/0001-77
Objeto: AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (TOUCA TIPO BALACLAVA DE COMBATE A INCÊNDIO), para fortalecer o 6º Batalhão do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Espírito Santo - CBMES, em conformidade com a Meta 02/Etapas 01, 02 e 03, do Plano de Trabalho do CONVÊNIO SENASP/MJSP Nº 907346/2020.
Marca/Modelo: Jobe LUV/3442
Quantidade: 200 (duzentas) unidades.
Valor Unitário: R\$ 81,50 (oitenta e um reais e cinquenta centavos).
Valor total: R\$ 16.300,00 (dezesesseis mil e trezentos reais).
Vigência: O contrato terá início no dia posterior ao da publicação do respectivo instrumento no Diário Oficial, na forma do parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666/1993, sendo finalizado com a entrega, recebimento e pagamento, não podendo ultrapassar a vigência dos créditos orçamentários.
Projeto: 45.101.061820561.3004
Natureza de Despesa: 3.3.90.30.00
Fonte: 0133
Data: Vitória/ES, 21 de outubro de 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE

AVISO DE CHAMADA PÚBLICA Nº 4/2021

A SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, por meio do Conselho Escolar, no uso de suas atribuições legais, torna público o Edital nº 04/2021, Processo nº 202100006033156, referente a contratação de Grupos Formais, Informais e Individuais, para fornecimento de gêneros alimentícios para a Merenda Escolar, referente ao C.E. PILAR DE GOIÁS, CRE GOIÁS.

A Unidade Escolar, estará apta a receber os envelopes: Projetos de Venda e Habilitação dos Grupos Formais, Informais e Individuais do dia 26/10/2021 a 16/11/2021, com abertura dia 17/11/2021. Retire e acompanhe o Edital no site: <https://site.educacao.go.gov.br/licitacoes/>. Maiores informações com a Unidade Escolar.

ALESSANDRA BATISTA LAGO
Gerente de Licitação

RESULTADO DE JULGAMENTO
CONCORRÊNCIA PÚBLICA Nº 10/2021

O Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Educação, torna público o resultado da licitação, referente ao processo nº 2021.0000.603.4171 do tipo Menor Preço, Regime de Execução Empreitada por preço Global. Objeto: Contratação de empresa de engenharia para Conclusão de Construção de Escola Padrão Séc. XXI, do Colégio Estadual Jardim Brasília, no município de Águas Lindas de Goiás-GO. Empresa vencedora: Wesley Mattos de Queiroz Eireli, CNPJ: 27.826.620/0001-30, no valor de R\$ 3.006.671,82. Informações adicionais poderão ser obtidas junto à Gerência de Licitação, no endereço anteriormente mencionado, ou pelos Telefones: (62) 3220-9564/9567/9568 e E-mail: licitacao@seduc.go.gov.br.

ALESSANDRA BATISTA LAGO
Gerente de Licitação

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 19/2021

O Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Educação, com sede na Quinta Avenida, nº 1.630, Setor Leste Vila Nova, Goiânia-GO, torna público aos interessados que fará realizar em sessão pública, o procedimento licitatório: Pregão Eletrônico SRP nº 019/2021, Processo nº 2021.0000.603.7187. Abertura: 10 de novembro de 2021, às 09h. Tipo da Licitação: Menor Preço por Item. Objeto: Registro de Preços para eventual (is) e futura (s) aquisição de equipamentos elétricos (nobreaks e estabilizadores), para atendimento das necessidades da Secretaria de Estado da Educação, conforme especificações e condições estabelecidas neste Edital e seus anexos. Valor total estimado: R\$ 6.203.038,69. As Propostas Comerciais e Documentação de Habilitação exigidas no Edital deverão ser encaminhadas, por meio do site www.comprasnet.go.gov.br, no período compreendido entre o dia 25.10.2021 até 08h59min do dia 10.11.2021. Os interessados poderão retirar o Edital nos sites: www.seduc.go.gov.br e www.comprasnet.go.gov.br. Informações poderão ser obtidas junto a Gerência de Licitação. Telefone: (62) 3220-9571, e-mail: licitacao@seduc.go.gov.br.

ELISA GONÇALVES PEREIRA CAIXETA
Pregoeira

SECRETARIA DE ESTADO DE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 20/2021

Objeto: AQUISIÇÃO DO EQUIPAMENTO ANALISADOR DE OLEO E GRAXAS PARA AMOSTRAS DE AGUA E SOLO, PELO METODO DE MEDICAO POR ESPECTROMETRIA INFRAVERMELHO NAO DISPERSIVO, EM CONFORMIDADE COM A NORMA ASTM D7066-4, COM O USO DE S-316 COMO SOLVENTE DE EXTRACAO. Recurso do QUALIAGUA Contrato 040/2018/ANA. A Licitação ocorrerá em 09/11/2021 09hs horas no site www.comprasnet.go.gov.br. Edital: site citado, <https://www.meioambiente.go.gov.br/> e-mail: licitacao.meioambiente@goias.gov.br.

Goiania-GO, 22 de outubro de 2021
WILLIAM NEVES PINHEIRO
Pregoeiro

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

EXTRATO DO 9º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2012-SES/GO (AGIR/HUGOL). Processo nº: 201400010001769. Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. Parceiro Privado: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. Objeto: 1-Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, por período de 12 (doze) meses. 2- Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, alinhado ao perfil da unidade hospitalar, com a consequente adequação do Anexo Técnico I. 3 - Readequação do valor do repasse mensal referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do HUGOL, conforme disposto no Anexo Técnico II, elaborado pela Coordenação de Residência e Estágio da Superintendência de Escola de Saúde de Goiás - SESG. 4-Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL. 5 - Inclusão de cláusulas ao Contrato de Gestão nº 003/2014-SES/GO, da minuta-padrão elaborada pela Procuradoria-Geral do Estado. Valor do Aditivo: R\$ 352.035.211,42. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.100.90 2850.10.302.1043.2149.03.232.90 2850.10.302.1043.2167.03.238.90 e 2850.10.122.4100.4144.01.100.90. Vigência: 12 (doze) meses, com início em 15/07/2021 e término em 14/07/2022. Signatários: Ismael Alexandrino Junior - Secretário de Estado da Saúde. Lucas Paula da Silva - Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR.

EXTRATO DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 92/2021

202100010031793 PE 164-2021 Espécie: Ata de Registro de Preços nº 092/2021 'A' e 'B', assinado em 20 de Outubro de 2021, pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás, CNPJ 02.529.964/0001-57, Pregão eletrônico nº 161/2021, Processo nº 202100010031793, Objeto: Registro de preços para eventuais aquisições de insumos laboratoriais a serem utilizados nas Seções de Medicamentos, Produção de meios de culturas e reagentes, Microscopia de Alimentos e Entomologia do LACEN/SES-GO e demais órgãos interessados, pelo critério de menor preço registrado: Oferecido pela proposta melhor classificada, para os itens 01, 02, 03, 04, 05, 07, 09, 12, 13, 14 à empresa Maxlab Produtos para Diagnósticos e Pesquisas Ltda-EPP, CNPJ 04.724.729/0001-61. Para os itens 06, 10, 11 à empresa Jklab Produtos e Soluções Para Laboratórios Eireli, CNPJ 23.239.321/0001-49. O item 08 restou Deserto. O item 15 restou Fracassado. Validade da Ata: 12 (doze) meses contados da publicação deste extrato no D.O.U.

SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 25/2021-SEDS

A Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social, com sede na Praça Dr. Pedro Ludovico Teixeira, Nº 332, Setor Central, Goiânia-GO, através de seu Secretário, torna público o procedimento licitatório a ser realizado pela Pregoeira Stênia Almeida Castro, destinado à Contratação de empresa para prestação de serviço de gerenciamento eletrônico e controle de manutenções preventivas e corretivas, serviço de guincho, fornecimento de óleo, lubrificantes, pneus, peças nas quais sejam necessárias à manutenção de veículos pertencentes à frota oficial da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social - SEDS, pelo período de 12 (doze) meses e até a homologação da ata de registro preço a ser formalizada pela SEAD por meio do processo 202100005017068, caso esta seja mais vantajosa à Administração, para pactuação das condições da garantia do produto conforme especificações e quantitativos especificados no Edital e seus anexos, a ser realizado em sessão pública eletrônica em 09 de novembro de 2021, às 09:00 horas (horário de Brasília), pelo site www.comprasnet.go.gov.br, oriundo do processo n. 201910319001007. Licitação destinada à ampla participação. O edital encontrar-se-á à disposição dos interessados nos sites: www.comprasnet.go.gov.br e www.social.go.gov.br dentro do prazo legal. Dúvidas e esclarecimentos, através de campo próprio no site www.comprasnet.go.gov.br.

STÊNIA ALMEIDA CASTRO
Pregoeira

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
EMPRESA MARANHENSE DE SERVIÇOS HOSPITALARES-EMSERH

AVISO DE LICITAÇÃO

LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 369/2021 - CSL/EMSERH
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 168.001/2021 - EMSERH
OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO A DEMANDA DO SERVIÇO DE PRONTO-ATENDIMENTO E DE PACIENTES INTERNOS DO HOSPITAL DE CÂNCER DO MARANHÃO - TARQUÍNIO LOPES FILHO.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: Menor Preço Por Item.
DATA DA ABERTURA: 18/11/2021 às 14h00min, horário de Brasília-DF.
Local de Realização: Sistema Licitações-e www.licitacoes-e.com.br.
Edital e demais informações disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br.
Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, nº 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA, pelos e-mails csl@emserh.ma.gov.br e/ou maiane.lobao@emserh.ma.gov.br, ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís (MA), 20 de outubro de 2021.
MAIANE RODRIGUES CORRÊA LOBÃO
Agente de Licitação da EMSERH

AVISO DE LICITAÇÃO

LICITAÇÃO ELETRÔNICA Nº 367/2021 - CSL/EMSERH
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 169.068/2021 - EMSERH
OBJETO: Contratação de Empresa Especializada na Prestação de Serviços de Saúde na especialidade de Nefrologia, com os serviços de Hemodiálise, locação de equipamentos (máquina de hemodiálise e osmose reversa), com fornecimento de materiais, insumos, reagentes e serviços de manutenção preventiva e corretiva, para atender a demanda do Hospital da Ilha.
CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO POR LOTE
DATA DA DISPUTA: 22/11/2021 às 09h00min, horário de Brasília.
Local de Realização: Sistema Licitações-e (www.licitacoes-e.com.br).
Edital e demais informações estão disponíveis em www.emserh.ma.gov.br e www.licitacoes-e.com.br.
ID: 903031
Informações adicionais serão prestadas na CSL/EMSERH localizada, na Av. Borborema, Qd-16, nº 25, Bairro do Calhau, São Luís/MA no horário de 08h00min as 12h00min e das 14h00min as 18h00min de segunda a sexta, pelos e-mails csl@emserh.ma.gov.br e/ou laurocsl8@gmail.com ou pelo Telefone (98) 3235-7333.

São Luís (MA), 20 de outubro de 2021.
VICENTE DIOGO SOARES JÚNIOR
Presidente da CSL/EMSERH



Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

ATESTADO Nº9/2020 - COMFIC- 03854

Atesta-se, para os devidos fins, que Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº. 05.029.600/0002-87, localizada na Av. Olinda c/ Av. PL-3, nº. 960, Edifício Lozandes Corporate Design, Torre Business, 20º andar, Parque Lozandes, CEP 74884-120, Goiânia-GO, qualificada no Estado de Goiás como Organização Social de Saúde pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e requalificada pelo Decreto nº 8.501, de 11 de dezembro de 2015, Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-Saúde) pela Portaria MS/SAS nº 1.073/18, atualmente é gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER (desde 2002), do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS (desde 2013), do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL (desde 2014), Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Goiânia (desde 2020) e Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Águas Lindas de Goiás (desde 2020).

Tem realizado as seguintes atividades:

1. Prestação de serviços em Administração Hospitalar, nas três unidades de saúde (CRER, HDS e HUGOL) com serviços de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, queimados e terapia nutricional; UTI adulto, pediátrica e queimados; reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; multiprofissional; pronto-socorro; urgência e emergência; internação; cirúrgico; ambulatorial; laboratorial; diagnóstico; longa permanência e cuidados ao idoso.
2. Prestação de serviços em Administração Hospitalar, nas três unidades de saúde (HCAMP Goiânia e HCAMP Águas Lindas de Goiás) com serviços de internação de pacientes adultos e pediátricos, críticos e semicríticos; pronto-socorro; urgência e emergência; laboratorial; diagnóstico;
3. Em abril de 2017, os Contratos e Termos Aditivos foram elaborados sob nova modelagem e a produção passou a ser por linha de contratação conforme a especificidade e o perfil de cada unidade.
4. Em abril de 2019, pra o HUGOL foi contratualizado Cirurgias Eletivas, Cirurgias Eletivas Cardíacas Adulto, Cirurgias Eletivas Cardíacas Neonatal/Pediátrica e Procedimentos de Hemodinâmica.
5. Assim, a OSS apresentou a seguinte produção, para cada unidade, nos anos de 2016 a 2020:

Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Volumetria da Atividade	2016	Janeiro a Março/2017
Internações (paciente/dia)	40.280	5.621
Atendimento de Reabilitação (multiprofissional)	1.006.618	264.211
Atendimento Ambulatorial Médico	119.200	31.539
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT	498.310	115.064

Oficina Ortopédica (Confeção de Órteses/Próteses)	16.355	4.349
Atendimento Odontológico	23.203	5.621

Volumetria da Atividade	Abril a Dezembro/2017	2018	2019	Janeiro a Outubro/2020
Internação (Saídas Hospitalares)	4.745	6.376	7.515	3.488
Atendimento Ambulatorial (médico e não-médico)	126.395	181.545	171.325	52.687
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-SADT Externo	138.720	215.383	296.768	101.594
Serviço de Atenção Domiciliar -SAD	441	591	626	497
Terapias Especializadas	247.884	337.267	344.234	130.635
Oficina Ortopédica (Confeção de Órteses/Próteses)	6.585	8.457	11.117	5.435
Prótese Auditiva				921
Cirurgias Eletivas			5.149	2.857

Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS

Volumetria da Atividade	2016	Janeiro a Março/2017
Atendimento Ambulatorial (consultas e curativos)	138.794	28.652
Atendimento Odontológico	13.079	2900
Atendimento Multiprofissional	286.051	71.528
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT	29.786	7.867

Volumetria da Atividade	Abril a Dezembro/2017	2018	2019	Janeiro a Outubro/2020
Assistência Integral aos Pacientes / Moradores – Diárias	5.136	6.883	6.523	5.117
Atendimento Ambulatorial (médico e não-médico)	46.939	74.386	77.608	8.805
Pequenos Procedimentos Ambulatoriais				16.911
Terapias Especializadas				1.160
SADT Externo				3.665

Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Volumetria da Atividade	2016	2017	2018	2019	Janeiro a Outubro/2020
Internação (Saídas Hospitalares)	11.286	12.190	14.884	21.468	14.125
Atendimento de Urgência/Emergência	65.410	66.669	43.937	61.027	21.162
Atendimento Ambulatorial (médico e não- médico)	1.166.211	970.038	51.589	85.833	16.795
Cirurgias Eletivas				285	2.010

Procedimentos de Hemodinâmica

1.324

928

Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Goiânia

Volumetria da Atividade	Março a Outubro/2020
Internação (Paciente-Dia)	22.418
Atendimento de Urgência e Emergência	17.727
SADT	306.221

Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Águas Lindas de Goiás

Volumetria da Atividade	Setembro a Outubro/2020
Internação (Paciente-Dia)	2.750
SADT	30.619

5. Atesta-se, portanto, que até a presente data, a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR tem cumprido, em geral, suas funções quantitativas e qualitativas.

Goiânia - GO, aos 27 dias do mês de fevereiro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **LORENNA RODRIGUES DE SOUZA, Gerente**, em 11/12/2020, às 10:39, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **HARDWICKEN MIRANDA VARGAS, Superintendente**, em 14/12/2020, às 09:06, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000017193834** e o código CRC **2018C435**.

COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

RUA SC 1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO 0- S/C



Referência: Processo nº 202000010041753

SEI 000017193834



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA Nº: 1/2022 - SES/GAOS-14421

GOIANIA, 03 de junho de 2022.

Atesta-se, para os devidos fins, que **Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR**, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº. 05.029.600/0002-87, localizada na Av. Olinda c/ Av. PL-3, nº. 960, Edifício Lozandes Corporate Design, Torre Business, 20º andar, Parque Lozandes, CEP 74884-120, Goiânia-GO, qualificada no Estado de Goiás como Organização Social de Saúde pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e requalificada pelo Decreto nº 8.501, de 11 de dezembro de 2015, Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-Saúde) pela Portaria MS/SAS nº 1.073/18, atualmente é gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER (desde 2002) e do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS (desde 2013), do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL (desde 2014), e do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD (desde 2021), e gerenciou o Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Goiânia (de 2020 a 2021), o Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Águas Lindas de Goiás (em 2020), o Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano – HCN (em 2021).

Realizou as seguintes atividades:

1. Prestação de serviços de Gestão Hospitalar, nas três unidades de saúde (HCAMP Goiânia, HCAMP Águas Lindas de Goiás e HCN), com serviços de internação de pacientes adultos e pediátricos, críticos e semicríticos; pronto-socorro; urgência e emergência; exames laboratoriais e diagnósticos; com perfil voltado a pacientes acometidos por covid-19 e outras síndromes respiratórias.

E tem realizado as seguintes atividades:

1. Prestação de serviços de Gestão Hospitalar, nas quatro unidades de saúde (CRER, HDS, HUGOL e HECAD), com serviços de alta complexidade em traumatologia-ortopedia; queimados; terapia nutricional; UTI adulto, pediátrica e queimados; reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; atendimentos multiprofissionais; urgência e emergência adulto e pediátrica; internação de pacientes adultos e pediátricos; procedimentos cirúrgicos; atendimentos ambulatoriais; exames laboratoriais e diagnósticos; longa permanência.

Dito isto, a AGIR apresentou a seguinte produção para as Unidades de Saúde CRER e HUGOL, nos anos de 2017 a 2021, conforme seus respectivos contratos:

• **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER**

Contrato de Gestão n. 123/11 (vigência: 28/06/2011 a 28/06/2012)

- 1º Aditivo Contratual (vigência: 28/06/2012 a 28/06/2013)
- 2º Aditivo Contratual (vigência: 28/06/2013 a 27/06/2016)
- 5º Aditivo Contratual (vigência: 28/06/2016 a 27/09/2016)
- 6º Aditivo Contratual (vigência: 28/09/2016 a 27/03/2017)
- 7º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2017 a 27/03/2018)
- 8º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2018 a 27/03/2019)
- 9º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2019 a 27/03/2020)
- 10º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2020 a 27/03/2021)
- 11º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2021 a 27/03/2022)

Objeto: as partes firmaram o Contrato de Gestão n. 123/11 e seus respectivos aditivos mencionados acima, com o fim de estabelecer a parceria entre as contratantes, para o fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações, atividades e serviços de saúde no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

(atualmente, Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER), com a pactuação de indicadores de desempenho, e qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os serviços prestados compreendem atendimentos de reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; alta complexidade em traumatologia-ortopedia; terapia nutricional; UTI adulto e pediátrica; atendimentos multiprofissionais; internação de pacientes adultos e pediátricos em unidade cirúrgica, clínica e de reabilitação; procedimentos cirúrgicos; atendimentos ambulatoriais; exames laboratoriais e diagnósticos.

Tabela 1. Média Mensal de Produção do CRER – jan a mar/2017.

Linha de Contratação	Média mensal de produção - Janeiro a Março/2017
Internações (paciente/dia)	3.361
Atendimento de Reabilitação (multiprofissional)	88.097
Atendimento Ambulatorial Médico	10.487
Cirurgias	465
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT	38.355
Oficina Ortopédica (Confecção de Órteses/Próteses)	1.444
Atendimento Odontológico	1.874

Tabela 2. Média Mensal de Produção do CRER – abr a dez/2017 a 2021.

Linha de Contratação	Média mensal de produção - Abril a Dezembro/2017 *	Média mensal de produção- 2018*	Média mensal de produção- 2019*	Média mensal de produção- 2020*	Média mensal de produção- 2021*
Internação (Saídas Hospitalares)	530	532	626	351	379
Atendimento Ambulatorial (médico e não- médico)	14.032	15.128	15.371	5.816	9.964
Atendimento Odontológico PNE	-	-	-	-	5.758
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-	15.414	17.948	24.730	10.147	12.372
Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	49	49	52	51	55
Terapias Especializadas	27.543	28.105	28.686	13.674	27.468
Oficina Ortopédica (Confecção de Órteses/Próteses)	742	698	926	543	584
Cirurgias Eletivas	-	-	429	290	286
Próteses Auditivas	-	-	-	102	261

* Alteração nas metas e linhas de contratação no aditivo.

- **Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**
Contrato de Gestão n. 003/2014 (vigência: 15/07/2014 a 15/07/2018)
 3º Aditivo Contratual (vigência: 01/10/2017 a 14/07/2018)
 4º Aditivo Contratual (vigência: 15/07/2018 a 14/07/2019)
 5º Aditivo Contratual (vigência: 15/07/2019 a 14/07/2020)
 6º Aditivo Contratual (vigência: 01/02/2020 a 14/07/2021)
 7º Aditivo Contratual (vigência: 15/07/2021 a 14/07/2022)

Objeto: as partes firmaram o Contrato de Gestão n. 003/2014 e seus respectivos aditivos mencionados acima, com o fim de estabelecer o compromisso de gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 02, (atualmente, Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, com a pactuação de indicadores de Desempenho e Qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os serviços prestados compreendem atendimentos de alta complexidade em traumatologia-ortopedia; urgência e emergência adulto e pediátrica, sendo emergência clínica, cirúrgica e ortopédica; queimados; terapia

nutricional; UTI adulto, pediátrica e queimados; atendimentos multiprofissionais; internação de pacientes adultos e pediátricos; procedimentos cirúrgicos; atendimentos ambulatoriais; exames laboratoriais e diagnósticos.

Tabela 3. Média Mensal de Produção do HUGOL – 2017 a 2021.

Linha de Contratação	Média mensal de produção - 2017	Média mensal de produção - 2018*	Média mensal de produção - 2019*	Média mensal de produção - 2020*	Média mensal de produção - 2021*
Internação - Saídas Hospitalares	1.016	1.240	1.565	1.451	1.655
Atendimento à Urgência e Emergência	5.556	3.661	4.031	4.175	4.595
Atendimento Ambulatorial	80.836	4.299	4.690	4.173	5.191
Cirurgias	1.292	-	234	-	-
Cirurgias eletivas (alto giro/ cardíacas e neurocirurgia em 2021)	-	-	-	275	454
Procedimentos de Hemodinâmica	-	-	190	223	253
Serviço de Atenção Domiciliar -SAD	-	-	-	-	32

* Alteração nas metas e linhas de contratação no aditivo.

Atesta-se, por fim, a capacidade técnica e operacional da AGIR na administração das Unidades de Saúde gerenciadas, demonstrando bom nível de desempenho, atendimento às metas estabelecidas, bem como possuindo equipe titulada nas áreas assistenciais, cumprindo, em geral, suas funções quantitativas e qualitativas, e os Contratos de Gestão, até a presente data.

VINÍCIUS LÁZARO PEREGRINO DE OLIVEIRA

Gerente de Avaliação de Organizações Sociais

JOSÉ ROBERTO BORGES DA ROCHA LEÃO

Superintendente de Performance



Documento assinado eletronicamente por **VINICIUS LAZARO PEREGRINO DE OLIVEIRA, Gerente**, em 03/06/2022, às 19:40, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **JOSE ROBERTO BORGES DA ROCHA LEAO, Superintendente**, em 03/06/2022, às 19:44, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000030664529** e o código CRC **6552C007**.

GERÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-7726,
email: gefic.saude@goias.gov.br



Referência: Processo nº 202200010032662



SEI 000030664529

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 01/06/2022

CNES: 7743068 Nome Fantasia: HOSPITAL ESTADUAL DE URGENCIAS GOV OTAVIO LAG CNPJ: --
 Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
 Logradouro: AVENIDA ANHANGUERA Número: 14527 Complemento: --
 Bairro: SETOR SANTOS DUMONT Município: 520870 - GOIANIA UF: GO
 CEP: 74463-350 Telefone: 62 32706300 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: LUIZ ARANTES RESENDE
 Cadastrado em: 05/06/2015 Atualização na base local: 10/05/2022 Última atualização Nacional: 26/05/2022
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UTI ADULTO - TIPO II	59	59
UTI DE QUEIMADOS	7	7
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	30	20
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	10	10

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	19	19
CIRURGIA GERAL	55	55
NEFROLOGIAUROLOGIA	55	55
NEUROCIRURGIA	11	11
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	90	90
QUEIMADO ADULTO	10	10
QUEIMADO PEDIATRICO	5	5
ESPEC - CLINICO		
CARDIOLOGIA	30	30
CLINICA GERAL	60	60
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	16	16
PEDIATRIA CLINICA	9	9

Data desativação: --

Motivo desativação: --



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONTRATO Nº 45/2021 - SES

Ajuste de Parceria na forma de Contrato de Gestão, em caráter emergencial, que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e a Organização Social Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde do Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto Estadual nº 9.845, de 06 de abril de 2021, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE – AGIR, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 5.591 de 10 de maio de 2002, e requalificada por meio do Decreto nº 8.501, de 11 de dezembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº. 22.226 de 15/12/2015, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.029.600/0002-87, com sede na Avenida Olinda com a Avenida PL-3, nº. 960, Quadra H-4, Lote 1, 2 e 3, Parque Lozandes, Torre Business, 20º andar, Goiânia – Goiás, CEP 74884-120, neste ato representada por LUCAS PAULA DA SILVA, brasileiro, economista, portador da CI/RG nº 4015294, expedida pela DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 894.828.751-68, residente e domiciliado nesta capital.

RESOLVEM, na forma da Lei estadual nº 20.972, de 23 de março de 2021, no Despacho nº 2.029/2021 GAB/SES, no Ofício nº 18488/2021 - SES, no Ato de Dispensa de Chamamento Público para Contrato de Gestão Emergencial - Declaração nº 45/2021-CLICIT, ratificada pela Declaração nº 46/2021-CLICIT, celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com fundamento na Medida Provisória nº 1.047, de 3 de maio de 2021, na Lei Estadual nº 20.972, de 23 de março de 2021, no Decreto Estadual nº 9.848, de 13 de abril de 2021, e na Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, que reiteram a situação de emergência na saúde pública do Estado de Goiás, em razão da disseminação do Novo Coronavírus (2019-nCoV), com a fixação das medidas para o seu enfrentamento, e em conformidade com o processo administrativo nº 202100010026262, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e a execução dos atendimentos dos casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas em regime 24 horas/dia, no **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**, instalado nas dependências do **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior**, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição.

1.2. Este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e demais disposições legais pertinentes à matéria.

1.3. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** constitui-se em medida imprescindível ao enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional decorrente da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), em conformidade com o Decreto Estadual nº 9.848, de 13 de abril de 2021, e com a Lei Estadual nº 20.972, de 23 de março de 2021 que, dentre as providências necessárias ao fim objetivado, elencou a dispensa chamamento público quando a celebração do respectivo contrato de gestão for destinada ao enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente da pandemia do novo coronavírus.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PRIVADO

2. São obrigações e responsabilidades do PARCEIRO PRIVADO:

2.1. Executar todas as atividades e/ou serviços auxiliares descritos e especificados no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, que integram este instrumento, zelando pela boa qualidade das ações e serviços ofertados e primando pela eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em

0800

suas atividades, com o cumprimento das metas e prazos previstos, em consonância com as demais cláusulas e condições estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

2.2. Observar, no transcorrer da execução de suas atividades, as orientações, as diretrizes e a política pública na área de saúde traçadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.3. Utilizar os bens, materiais e os recursos humanos custeados com recursos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** exclusivamente na execução do seu objeto.

2.4. Inventariar todos os bens móveis e imóveis permanentes, bem como a conta contábil estoque e o almoxarifado, devendo apresentar relatórios trimestrais com as especificações de todos os bens cujo uso lhe foi permitido, bem como daqueles adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observando as normas de gestão de patrimônio, editadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.5. Administrar e utilizar os bens móveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.6. Adotar todos os procedimentos necessários para, em até 30 (trinta) dias úteis, a imediata patrimonialização pública dos bens, móveis e imóveis, adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, nos termos do art. 9º, *caput*, da Lei estadual nº 15.503/05.

2.7. Efetivar a patrimonialização a que se refere o item anterior, por meio de tombamento dos bens móveis no setor competente do órgão supervisor e, quanto aos bens imóveis, mediante as providências próprias junto à Secretaria de Estado da Administração.

2.8. Comunicar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas ou as doações que forem recebidas.

2.9. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam incorporados ao seu patrimônio, nas hipóteses de sua extinção/dissolução ou desqualificação, as doações e os legados eventualmente recebidos em decorrência das atividades executadas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como todos os excedentes financeiros gerados ao longo de sua execução.

2.10. Disponibilizar ao **PARCEIRO PÚBLICO** para que sejam revertidos ao seu patrimônio, nas hipóteses de desqualificação ou extinção da entidade e de rescisão deste ajuste de parceria, os bens cujo uso foi permitido, bem como o saldo de quaisquer dos recursos financeiros recebidos daquele em decorrência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

2.11. Proceder à devolução, a qualquer tempo e mediante justificativa, dos bens cujo uso lhe fora permitido e que não mais lhe sejam necessários ao cumprimento das metas pactuadas.

2.12. Prover os serviços, bem como os equipamentos e insumos necessários para a sua execução, conforme especificado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, garantindo o bom andamento das atividades nas áreas constantes nos referidos documentos.

2.13. Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso.

2.14. Adquirir todo o material de consumo e peças de reposição dos bens necessários à execução dos serviços, conforme Termo de Referência e Anexos Técnicos.

2.15. Manter limpos e conservados todos os espaços internos e externos das unidades públicas sob o seu gerenciamento.

2.16. Servir-se de Regulamento próprio, contendo os procedimentos que adotará para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, com a previsão de mecanismos que confirmam a agilidade necessária ao hábil atendimento das demandas emergenciais inerentes ao objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, inclusive mediante contratação direta com terceiros, desde que assegurada a sua vantajosidade e atendidos os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

2.17. Servir-se de Regulamento próprio, previamente aprovado pela Controladoria-Geral do Estado, para a contratação de obras, serviços, compras e admissão de pessoal, na forma do art. 17, *caput*, da Lei Estadual nº 15.503/05, necessários à execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

2.18. Publicar no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do início da vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o regulamento contendo os procedimentos atinentes às alienações, compras e serviços que serão custeados com os recursos públicos lhe repassados, devendo também dispor sobre a admissão de pessoal, observando, para tanto, os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo;

2.19. Inserir no regulamento referido nos itens anteriores regra que vede a prática de nepotismo tanto em relação à admissão de pessoal, quanto no que diz respeito à celebração de negócios com pessoas jurídicas.

2.20. Disponibilizar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, os recursos humanos necessários e adequados a execução do objeto.

2.21. As Organizações Sociais poderão utilizar as modalidades de contratação de mão de obra permitidas na legislação brasileira, inclusive o previsto na Lei federal nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, com a redação dada pela lei federal nº 13.429, de 31 de março de 2017, para contratar recursos humanos para as atividades meio e fim do objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, incluindo-se aí as atividades assistenciais das unidades de saúde.

2.22. Responsabilizar-se integralmente pelo pagamento de salários, demais encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e outros, resultantes da execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, observados para tanto os limites impostos pelos incisos V e VIII do art. 4º, c/c art. 8º, II, ambos da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e suas posteriores alterações.

2.23. Garantir o pagamento do piso salarial dos empregados celetistas, qualquer que seja a categoria profissional.

2.24. Observar fielmente a legislação trabalhista, bem como manter em dia o pagamento das obrigações tributárias e previdenciárias relativas aos seus empregados e prestadores de serviços, com o fornecimento de certidões de regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista, sempre que solicitadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.25. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO** o plano de cargos, salários e benefícios dos empregados, atestado pelo órgão ou entidade supervisora quanto à compatibilidade dos valores com os praticados no mercado e o disposto nos incisos V e VIII do art. 4º da Lei 15.503/2005, além de eventuais Acordos e/ou Convenções Coletivas de Trabalho aplicáveis.

2.26. Apresentar ao **PARCEIRO PÚBLICO**, com periodicidade mensal, para fins de verificação do cumprimento das obrigações trabalhistas, a seguinte documentação:

a) Folhas de pagamento dos empregados (pessoal de dirigentes) admitidos sob recursos de gestão, indicando, no mínimo, a função desempenhada, data de admissão e a discriminação da composição dos valores pagos, em formatos sintéticos e analíticos.

b) Relação dos servidores/funcionários cedidos, indicando no mínimo: nome, CPF, cargo, função e remuneração, com a discriminação da composição dos valores e da fonte de pagamento.

c) Certidões negativas de débitos perante a Fazenda estadual, o Instituto nacional de Seguro Social (INSS), o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), bem como relação de demandas em que figure como réu, além de decisões judiciais que lhe forem desfavoráveis e os valores das respectivas condenações.

2.27. Cumprir rigorosamente as normas do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, de acordo com a legislação.

2.28. Fornecer os equipamentos de proteção individual e coletivo que se mostrarem necessários ao desempenho das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

2.29. Exercer o controle sobre a assiduidade e a pontualidade dos profissionais que executam o objeto desta **PARCERIA**, por meio de registro de ponto e de frequência.

2.30. Manter, durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** estrutura administrativa compatível com as obrigações trabalhistas assumidas, bem como todas as condições de regularidade jurídica, fiscal, trabalhista, econômica, financeira e previdenciária.

2.31. Manter durante a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** as certificações e capacitações técnicas da Diretoria, do Corpo Técnico/Administrativo e Executivo de acordo com o Estatuto Social vigente.

2.32. Manter em perfeita condição de uso e conservação os equipamentos e instrumentos necessários à gestão das atividades e/ou serviços permitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.33. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás necessários à regular execução das atividades e/ou serviços constantes deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando cabível.

2.34. Apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, no máximo até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao de referência, o relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas no mês e das metas alcançadas.

2.35. Emitir e apresentar à Comissão de Avaliação instituída pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, nos prazos estabelecidos no Termo de Referência e Anexos Técnicos, ou a qualquer momento conforme recomende o interesse público, relatórios pertinentes à execução do contrato de gestão devidamente aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas, que deverá conter, no mínimo, a documentação relacionada nas alíneas "a" a "t", do Item 14, Anexo I, da Resolução Normativa nº 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE.

2.36. Adotar a logomarca do Estado de Goiás em todos os signos identificadores, tais como placas, cartazes, documentos oficiais e outros, quando possível.

2.37. Responsabilizar-se pelo pagamento de indenização qualquer que seja sua natureza decorrente de ação ou omissão dolosa que seus agentes causarem ao **PARCEIRO PÚBLICO**, aos destinatários dos serviços e/ou a terceiros.

2.38. Comunicar imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** qualquer intercorrência mais expressiva ou os fatos capazes de redundar em pedido de indenização.

2.39. Acolher os destinatários das atividades objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** com dignidade, cortesia e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços, com observância das legislações especiais de proteção ao idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003); à criança e ao adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) e ao portador de necessidades especiais (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989), quando possível.

2.40. Manter em local visível nas dependências da unidade pública cujo uso lhe foi permitido, placa indicativa do endereço e telefone para registro de reclamações, críticas e/ou sugestões às atividades ofertadas.

2.41. Publicar ao final do prazo de vigência contratual o balanço geral das metas, os relatórios financeiros e de execução atinentes às atividades executadas.

2.42. Fornecer todas as informações e esclarecimentos solicitados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, pela Comissão de Avaliação e/ou demais órgãos encarregados do controle, da fiscalização e da regulação relativamente às atividades, operações, contratos, documentos, registros contábeis e demais assuntos que se mostrarem pertinentes.

2.43. Permitir o livre acesso aos livros contábeis, papéis, documentos e arquivos concernentes às atividades e operações objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** pelo pessoal especialmente designado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, bem como pelos técnicos dos demais órgãos de controle interno e externo, quando em missão de fiscalização, controle, avaliação ou auditoria.

2.44. Restituir à conta do **PARCEIRO PÚBLICO** o valor repassado, atualizado monetariamente e acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável, contados da data do seu recebimento, quando as prestações de contas parciais e finais forem apresentadas extemporaneamente e/ou não forem aprovadas.

2.45. Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica isenta de tarifa bancária, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com recursos alheios a esta parceria, devendo a instituição financeira possuir nota de classificação de risco superior a índice estabelecido pela Controladoria-Geral do Estado.

2.46. Manter e movimentar os recursos financeiros em mais de 01 (uma) conta bancária, sempre com anuência prévia e expressa do **PARCEIRO PÚBLICO** neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, quando consignar fontes de recursos orçamentários distintas e o objeto da parceria especificar a execução de diversos programas governamentais, com exigências próprias de prestação de contas.

2.47. Possuir conta bancária individualizada para cada **CONTRATO DE GESTÃO**, observado o disposto nos §§2º e 2º-A, do art. 14, da Lei estadual nº 15.503/2005.

2.48. Renunciar ao sigilo bancário em benefício do **PARCEIRO PÚBLICO**, para finalidade específica de acompanhamento, controle e fiscalização das respectivas movimentações financeiras.

2.49. Manter, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos, contados a partir do julgamento das contas do **PARCEIRO PÚBLICO** pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, os processos de prestação de contas, os registros, os arquivos e os controles contábeis concernentes a este

2.49.1. Aos processos de prestação de contas não se aplicam as disposições da Lei estadual nº 13.800/2001.

2.50. Remeter imediatamente ao **PARCEIRO PÚBLICO** e à Procuradoria-Geral do Estado as intimações e as notificações, administrativas e/ou judiciais, que o **PARCEIRO PÚBLICO** tenha interesse, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses do Estado de Goiás, em juízo ou fora dele, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e criminal daquele que deixar de fazê-lo ou se o fizer fora do prazo.

2.51. Encaminhar ao **PARCEIRO PÚBLICO** os requerimentos e/ou notificações extrajudiciais que versem sobre fatos relacionados à unidade pública sob seu gerenciamento, independentemente da data de sua ocorrência.

2.52 Efetivar os pagamentos dos serviços de água, luz e telefone da unidade pública sob sua gestão, bem como os demais encargos incidentes, observando em todo caso a data de vencimento.

2.53. Responsabilizar-se pelo pagamento das taxas e tributos incidentes sobre a unidade pública sob sua gestão.

2.54. Responsabilizar-se pelo pagamento de qualquer quantia decorrente de aplicação de penalidade ou sanção que decorra de sua ação ou omissão dolosa.

2.55. Atender as metas pactuadas e definidas neste contrato de gestão.

2.56. Responsabilizar-se pela exatidão de todos os dados e informações que fornecer ao **PARCEIRO PÚBLICO**, cuja inexatidão será considerada falta grave.

2.57. Enviar mensalmente à Central Informatizada de Controle dos Contratos de Gestão mídia digital contendo os registros das despesas realizadas.

2.58. Providenciar os materiais necessários à eficiente prestação dos serviços públicos objeto desta parceria.

2.59. Encaminhar trimestralmente ao órgão supervisor o planejamento das ações que serão executadas no trimestre seguinte e os resultados das que foram executadas no trimestre anterior.

2.60. Sugerir ao órgão supervisor as alterações que entender proveitosas ao alcance do objeto dessa parceria.

2.61. Garantir aos usuários o acesso gratuito às ações e as atividades objeto da presente parceria, sendo-lhe vedada a cobrança de quaisquer contribuições ou taxas, salvo quanto às atividades artísticas e culturais, desde que os preços cobrados sejam acessíveis ao público em geral.

2.62. Colaborar na execução de programas e/ou projetos que tenham correlação com o objeto deste ajuste e que sejam implementados pelo Governo Estadual e/ou em parceria com o Governo Federal e/ou outros parceiros.

2.63. Auxiliar na celebração de convênios e/ou outros ajustes afins com o escopo de auferir recursos oriundos do Governo Federal e/ou de outros parceiros.

2.64. Atuar de forma isenta de qualquer influência partidária, religiosa e/ou filosófica, de acordo com a Constituição Federal.

2.65. Garantir o amplo acesso ao serviço prestado, abstendo-se de quaisquer condutas restritivas e/ou discriminatórias.

2.66. Alimentar diariamente os sistemas informatizados de gestão disponibilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO** com os registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas.

2.67. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet), enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará os documentos relacionados à execução contratual, em atenção à Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011.

2.68. Empreender meios de obter fontes extras de receitas e complementares aos recursos financeiros transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** para serem aplicadas no melhoramento das unidades públicas sob seu gerenciamento.

2.69. Cumprir todas as obrigações descritas no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos.

2.70. Todos os comprovantes de despesas deverão conter em seu corpo a especificação da correlata unidade pública e do contrato de gestão a que alude, a confirmação pelo **PARCEIRO PRIVADO** o recebimento do material ou da prestação dos serviços, bem como a informação de que o referido documento foi contabilizado e pago.

2.71. Cumprir a Lei estadual nº. 15.503/2005, com as flexibilizações estritamente necessárias para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e enfrentamento à situação de emergência de saúde pública do Estado de Goiás, conforme Decreto Estadual nº. 9.848, de 13 de abril de 2021, no que couber.

2.72. Pautar a celebração dos contratos, necessários à execução desta **PARCERIA**, preferencialmente com particulares comprometidos com o enfrentamento da atual emergência de saúde pública do Estado de Goiás, e que se disponham, em caráter preventivo, ao compromisso de negociar, mitigar e suprimir a imposição de consequências patrimoniais desfavoráveis ao **PARCEIRO PRIVADO**, quando a inexecução contratual deste for decorrente estritamente da imprevisibilidade inerente ao presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

2.73. Ao **PARCEIRO PRIVADO** é expressamente vedada a utilização do prédio da unidade pública como sua sede principal ou acessória, bem como utilizar recursos financeiros oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para a manutenção de sua sede em outro local, salvo no caso de rateio de despesas administrativas referidas no item 7.11.

2.74. Observar o disposto nos arts. 4º-A, 4º-B, 5º-A, 5º-B, 5º-C e 5º-D, da Lei nacional nº 6.019, de 03 de janeiro de 1974, assim como o estabelecido no art. 8º, inciso III, da Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, na contratação de trabalhador autônomo ou prestador titular de pessoa jurídica, qualquer que seja o ramo de atuação, para atividade meio ou fim, inclusive assistencial, objeto do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO PARCEIRO PÚBLICO

3. São responsabilidades do **PARCEIRO PÚBLICO**:

3.1. Efetuar os repasses mensais definidos na Cláusula Oitava deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

3.2. Prestar ao **PARCEIRO PRIVADO** o apoio técnico e administrativo necessários para o alcance do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, desde que não acarrete em ônus financeiro extra, salvo se, após juízo de discricionariedade, a medida mostrar-se conveniente e oportuna, bem como necessária, diante da finalidade a que se destina o presente ajuste e do contexto fático subjacente à sua pactuação.

3.3. Acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

3.4. Permitir o uso de bens móveis, instalações e equipamentos que guarnecem a unidade pública e o imóvel correspondente, para a exclusiva utilização na execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

3.5. Avaliar e, após juízo de discricionariedade, proceder, caso seja oportuno e conveniente, à cessão de servidores públicos, militares e bombeiros ao **PARCEIRO PRIVADO** segundo as regras definidas pelos art. 8-C e 14-B, da Lei estadual nº 15.503/2005.

3.6. Proceder ao pagamento dos vencimentos e o recolhimento da contribuição previdenciária dos servidores públicos cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, cujo valor total será abatido da quantia atinente ao repasse mensal.

3.7. Nomear Comissão de Avaliação composta por especialistas de notória capacidade e adequada qualificação, que deverá analisar a cada 03 (três) meses os resultados atingidos com a execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, encaminhando-o ao Secretário da Pasta e à Assembleia Legislativa. Esta Comissão de Avaliação deverá observar e cumprir os regramentos constante do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 013/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.8. Manter os processos relativos à Dispensa do Chamamento Público, bem como da contratação e da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 (cinco) anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.9. Manter os processos de prestação de contas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, arquivados por meio digital, em boa ordem pelo período mínimo de 05 cinco anos contados a partir do julgamento das contas pelo Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, conforme ANEXO I, da Resolução Normativa nº. 013/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.10. Manter o processo de desqualificação, se for o caso, arquivado por meio digital, em que seja assegurado o contraditório e a ampla defesa, contando, entre outros, a documentação comprobatória do ressarcimento dos recursos orçamentários repassados ao **PARCEIRO PRIVADO** e a reversão dos bens cujo uso tenha sido permitido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.11. Manter sítio oficial na rede mundial de computadores (internet) e no Portal da Transparência do Governo do Estado, enquanto durar o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, onde divulgará todos os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 a 17, do Anexo I, da Resolução Normativa nº. 13/2017, do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO, e conforme trata a Lei estadual nº. 15.503/2005.

3.12. Encaminhar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás - TCE/GO, no bojo da sua prestação de contas os documentos relacionados e especificados nos Itens 1 ao 4, do Anexo III, da Resolução Normativa do Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

3.13. Nomear Comissão de Fiscalização da Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

3.14. Acompanhar a evolução das ações executadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** por meio dos sistemas informatizados de gestão por si disponibilizados.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES MÚTUAS

4.1. Os **PARCEIROS** se obrigam a:

4.1.1. Executar a política pública na área abarcada nesta parceria, disponibilizando os recursos humanos, físicos, financeiros e materiais necessários à sua eficaz implementação.

4.1.2. Garantir a eficiente execução dos serviços mediante o uso de mão de obra qualificada e capacitada para atuar nas unidades públicas que integram o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

4.1.3. Instituir ações que garantam o uso adequado dos serviços públicos e, se necessário, valendo-se de outras instâncias sociais.

4.1.4. Divulgar as ações/resultados advindos do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** junto à Comunidade, a Política de Governo na área abrangida por esta parceria, viabilizando a participação popular na reformulação das ações.

CLÁUSULA QUINTA – DO ACOMPANHAMENTO, DO MONITORAMENTO, DA AVALIAÇÃO E DA FISCALIZAÇÃO

5.1. A Comissão de Avaliação a que alude os §§2º e 3º, do art. 10, da Lei 15.503/2005 será constituída, no prazo máximo de até 10 (dez) dias após a assinatura deste contrato, por meio de Portaria expedida pelo titular do órgão supervisor.

5.1.1. Toda a contabilidade deste contrato será analisada pela Comissão de Avaliação que poderá se valer de terceiros para assessorá-la.

5.1.2. A despesa considerada imprópria e realizada no curso deste contrato será objeto de apuração mediante a adoção de medidas que assegurem ao **PARCEIRO PRIVADO** a ampla defesa e o contraditório.

5.1.3. Notificado o **PARCEIRO PRIVADO** sobre a hipótese de existência de despesa considerada imprópria, este poderá, no prazo máximo de 05 (cinco) dias contados do recebimento do aviso, apresentar justificativas ou providenciar a regularização.

5.1.4. Rejeitada a justificativa o **PARCEIRO PRIVADO** poderá interpor recurso perante o titular do órgão supervisor, no prazo de 05 (cinco) dias úteis contados da ciência da decisão.

5.1.5. Indeferido o recurso, o titular do órgão supervisor aplicará a penalidade cabível.

5.1.6. Serão consideradas impróprias as despesas que, além de ofenderem os princípios da legalidade, moralidade e economicidade, não guardarem qualquer relação com os serviços prestados, como por exemplo: festas de confraternização de empregados; repasse de multas pessoais de trânsito; distribuição de brindes e custeio de atividades não condizentes com o objeto contratual.

5.2. Os resultados atingidos com a execução deste contrato deverão ser analisados trimestralmente pela Comissão de Avaliação que norteará as correções que forem necessárias para garantir à plena eficácia do presente contrato de gestão.

5.3. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão de Avaliação consolidará os documentos técnicos e financeiros, os encaminhará ao titular do órgão supervisor que decidirá fundamentadamente pela aprovação ou pela rejeição das contas, e na sequência remeterá o processo ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO.

5.4. O presente Contrato de Gestão será submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação guardada e disponível pelo prazo de 05 (cinco) anos conforme especificado no Item 2.49, Cláusula Segunda

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** apresentará semestralmente e recomendar o interesse público a prestação de contas, mediante relatório da execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e as receitas efetivamente realizados.

5.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar, até o término da vigência contratual, relatório circunstanciado da execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente, assim como as publicações no Diário Oficial do Estado.

5.7. A Comissão de Avaliação poderá a qualquer tempo exigir do **PARCEIRO PRIVADO** as informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

5.8. Os responsáveis, integrantes da Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente a autoridade supervisora da área correspondente, ocasião em que se dará ciência ao Ministério Público, ao Tribunal de Contas do Estado – TCE/GO, à Controladoria Geral do Estado e à Assembleia Legislativa para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

5.9. Sem prejuízo da medida a que se refere o subitem anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, a Comissão de Fiscalização e Execução informará imediatamente à autoridade supervisora da área correspondente que deverá representar à Procuradoria-Geral do Estado, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o sequestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilícitamente ou causado dano ao patrimônio público.

5.10. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá, a cada pagamento de duodécimo, atestar o cumprimento das obrigações trabalhistas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, em especial com relação ao pagamento de: i) salários e benefícios previstos em norma coletiva; ii) férias, décimos terceiros, licenças e estabilidade provisórias; e iii) contribuições sociais e fundiárias.

5.11. A Comissão de Fiscalização e Execução deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** deverá comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de Goiás – TCE/GO qualquer irregularidade ou ilegalidade praticada pelo **PARCEIRO PRIVADO** na utilização dos recursos, bens ou servidores de origem públicos, bem como o desfecho do respectivo procedimento administrativo instaurado e demais providências adotadas, inclusive quanto à restituição do saldo de recursos e rendimentos de aplicação financeira, sob pena de cominação de multa.

CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

6.1. A vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será de 06 (seis) meses a partir de 03/07/2021 até 02/01/2022, ou da conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com observância ao estabelecido no art. 17 da Lei Estadual nº 20.972/2021.

6.1.1. Poderá haver a prorrogação sucessiva do ajuste enquanto perdurar a necessidade de enfrentamento dos efeitos da situação de emergência em saúde pública, condicionada à apresentação de justificativa formal do Titular da Pasta, em conformidade com o art. 10 da Lei Estadual nº 20.972/2021

6.2. Fica pactuado que o **PARCEIRO PÚBLICO**, a qualquer momento, poderá rescindir o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades previstas no presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** assegurando ao **PARCEIRO PRIVADO** o direito ao contraditório e à ampla defesa.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

7.1. Para executar o objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, em atenção ao especificado no Termo de Referência e Anexos Técnicos, o **PARCEIRO PÚBLICO** repassará ao **PARCEIRO PRIVADO** parcelas mensais estimadas em R\$ 12.417.756,00 (doze milhões, quatrocentos e dezessete mil, setecentos e cinquenta e seis reais), durante a vigência deste contrato, observadas as disposições do item 8.1, da Cláusula Oitava deste instrumento.

7.2. Essa importância poderá sofrer modificações, observando-se as disponibilidades financeiras de recursos alocados nos orçamentos dos anos subsequentes e na legislação estadual aplicável aos contratos de gestão.

7.3. Enquanto não utilizados os recursos repassados, estes deverão ser aplicados em caderneta de poupança ou fundo de aplicação financeira composto majoritariamente por títulos da dívida pública, observado o disposto no item 7.7, devendo os resultados dessa aplicação ser revertidos exclusivamente ao cumprimento do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.4. Sem prejuízo dos repasses efetuados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** será complementada com os recursos advindos de:

- a) doações, legados, patrocínios, apoios e contribuições de entidades nacionais ou estrangeiras, públicas ou privadas.
- b) rendimentos de aplicações de ativos financeiros.
- c) venda de espaço publicitário.
- d) exploração comercial das instalações.
- e) outros ingressos, devidamente autorizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.5. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO**, conforme recomende o interesse público, mediante ato fundamentado da autoridade supervisora da área afim, a ser ratificado pelo Chefe do Executivo, além dos valores mensalmente transferidos, repassar recursos ao **PARCEIRO PRIVADO** a título de investimento, para ampliação de estruturas físicas já existentes e aquisição de bens móveis complementares de qualquer natureza que se fizerem necessários à prestação dos serviços públicos objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

7.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

7.7. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** movimentar e aplicar os recursos que lhe forem repassados em instituições financeiras consideradas idôneas pelo mercado, segundo normas baixadas pela Controladoria-Geral do Estado (vide Instrução Normativa nº 51/2018 ou normativo que lhe seja posterior).

7.8. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** manter e movimentar os recursos transferidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO** em conta bancária específica para tal finalidade, de modo que não sejam abarcados com os recursos provenientes de outras fontes.

7.9. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** apresentar à Comissão de Avaliação os extratos de movimentação mensal e balancetes consolidados, da totalidade das despesas e receitas separadas por fonte e categoria.

7.10. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar ao sigilo da conta bancária e contábil atinente aos recursos transferidos pelo Estado.

7.11. Deverá o **PARCEIRO PRIVADO** renunciar, em favor dos órgãos e das entidades de controle da Administração, ao sigilo de todos os seus registros contábeis nas situações em que o gerenciamento da unidade pública ocorrer fora das dependências desta, quando então poderá ser procedido o rateio das despesas administrativas com base em critérios previamente definidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.12. O **PARCEIRO PRIVADO** fica autorizado a celebrar ajustes objetivando captar outros recursos que serão destinados à execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, cujo produto será depositado em conta bancária específica e com livre acesso aos órgãos de controle interno da Administração.

7.13. É vedada a realização de despesas, à conta dos recursos oriundos do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a título de:

a) Taxa de administração, de gerência ou similar.

b) Publicidade, das quais constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal dos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, autoridades ou servidores públicos.

c) Pagamento de benefícios a empregados do **PARCEIRO PRIVADO** não contemplados no seu Plano de Cargos.

d) Pagamento de custos indiretos, relacionados à existência material do **PARCEIRO PRIVADO** na condição de entidade privada sem fins lucrativos

7.14. Ao final do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, depois de pagas todas as obrigações decorrentes da sua execução, eventual saldo financeiro deverá ser prontamente restituído ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

7.15. Do total de recursos financeiros repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, relativo à folha de pagamento do pessoal contratado sob o regime da CLT, fica o **PARCEIRO PRIVADO** obrigado a formar um Fundo de provisão, para fins de suportar as rescisões trabalhistas e ações judiciais, cujos recursos deverão ser utilizados durante a vigência do Contrato, bem como para pagamentos de ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo, após o término do Contrato.

7.16. O Fundo de provisão a que se refere o item anterior deverá ser formado com depósitos mensais realizados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, no montante de 3% (três por cento) do valor repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, para pagamento do pessoal especificado (CLT), em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta bancária específica, nos termos do § 2º do art. 14 da Lei estadual nº. 15.503/2005.

7.17. O **PARCEIRO PÚBLICO**, através da equipe técnica da Gerência de Avaliação de Organizações Sociais e Superintendência de Performance/SUPER/SES deverá acompanhar e fiscalizar a evolução financeira dos referidos recursos.

7.18. O **PARCEIRO PÚBLICO** não se responsabiliza de nenhuma forma, por rescisões trabalhistas e ações judiciais decorrentes das contratações realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** durante a vigência do Contrato de Gestão.

CLÁUSULA OITAVA – DO REPASSE DE RECURSOS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. Durante a vigência do presente ajuste, o valor a ser repassado pelo **PARCEIRO PÚBLICO** compreenderá parcelas mensais estimadas em R\$ 12.417.756,00 (doze milhões, quatrocentos e dezessete mil, setecentos e cinquenta e seis reais), totalizando R\$ 74.506.536,00 (setenta e quatro milhões, quinhentos e seis mil, quinhentos e trinta e seis reais), respeitando a Programação de Desembolso Financeiro, devendo o primeiro repasse ocorrer no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da publicação do acordo na imprensa oficial e os demais até o 5º dia útil de cada mês.

8.2. As despesas deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** serão atendidas com os recursos discriminados na nota de empenho e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionadas:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	DATA	SEI	VALOR
00023	01/07/2021	000021744436	R\$ 4.800.000,00
00024	01/07/2021	000021744832	R\$ 4.800.000,00
00025	01/07/2021	000021746119	R\$ 21.600.000,00
00258	01/07/2021	000021746627	R\$ 42.478.685,60
Total Empenhado			R\$ 65.038.685,60

Sequencial: 090 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES
Função	10	SAÚDE
Subfunção	302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Programa	1043	SAÚDE INTEGRAL
Ação	2167	ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENT. AO ENFRENTAMENTO DO NOVO
Grupo de despesa	03	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
Fonte	238	TRANSF. FUNDO A FUNDO DO SUS - BLOCO DE CUSTEIO DAS ASPS - RECURSOS
Modalidade Aplicação	90	APLICAÇÕES DIRETAS

Sequencial: 064 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE - FES

0815

Função	10	SAÚDE
Subfunção	302	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL
Programa	1043	SAÚDE INTEGRAL
Ação	2149	ATENDIMENTO ASSISTENCIAL EM SAÚDE
Grupo de despesa	03	OUTRAS DESPESAS CORRENTES
Fonte	100	RECEITAS ORDINÁRIAS
Modalidade Aplicação	90	APLICAÇÕES DIRETAS

8.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária de que trata o item 8.2. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

8.4. Os valores das parcelas previstas para o repasse mensal poderão ser remanejados entre si, para o seu acréscimo ou decréscimo, conforme a necessidade avaliada no curso da execução contratual, independentemente da formalização de Termo Aditivo, desde que não ultrapasse o valor global estimado para o ajuste;

8.5. Na hipótese do item precedente, o reforço/complementação do valor empenhado, caso necessário, poderá ser registrado mediante simples apostila, dispensada a celebração de aditamento.

CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS HUMANOS

9.1. É vedado ao **PARCEIRO PRIVADO** o pagamento de vantagem pecuniária permanente a servidor público a ele cedido, com recurso financeiro proveniente deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, salvo na hipótese de adicional relativo ao exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento, ou associada ao desempenho de produtividade.

9.2. Aos servidores públicos do quadro de pessoal permanente do **PARCEIRO PÚBLICO** à disposição do **PARCEIRO PRIVADO** serão garantidos todos os seus direitos e vantagens estabelecidos em lei, vedada a incorporação aos vencimentos ou à remuneração de qualquer vantagem pecuniária que vier a ser paga por este.

9.3. A contratação de empregados e de prestadores de serviços por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às disposições de seu regulamento, observados os princípios da impessoalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade e do julgamento objetivo.

9.4. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, tributários, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados e prestadores de serviços por ele contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

9.5. O **PARCEIRO PÚBLICO** fixará, no prazo de até 90 (noventa) dias a contar do início da vigência contratual, o percentual máximo que o **PARCEIRO PRIVADO** poderá utilizar, dos recursos públicos que lhe forem repassados, com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, inclusive os percebidos pela Diretoria e empregados.

9.6. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

9.7. Na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** não alcançar as metas pactuadas poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** adotar as medidas descritas nas Cláusulas Décima Primeira e Décima Quinta;

9.8. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, ressalvados os casos em que houver previsão legal e compatibilidade de horário.

9.9. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice- Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, da organização social, para quaisquer serviços relativos a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

9.10. Os profissionais que tem as respectivas remunerações custeadas com os recursos advindos desta parceira, somente poderão exercer as suas atividades na execução do objeto daquela, sendo-lhes vedado o recebimento por interposta pessoa.

9.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** fiscalizará o pagamento dos empregados admitidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** visando aferir o correto recolhimento dos valores remuneratórios e dos encargos sociais devidos, assim como evitar o pagamento a menor, a maior ou em duplicidade.

9.12. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ceder ou colocar a disposição os empregados pagos com recursos do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**.

9.13. Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contados do evento, àquele para as providências cabíveis ao caso.

9.14. Em caso de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que possa ensejar a demissão por justa causa, nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho, deverá o empregador tomar as medidas próprias no sentido de cumprir a lei.

9.15. Na hipótese de ação ou omissão atribuível a empregado do **PARCEIRO PRIVADO** que mostre contrária aos princípios da Administração Pública ou que caracterize como ofensiva aos agentes públicos, que promova apologia e/ou pratique fatos tipificados como crime, poderá o órgão supervisor exigir o desligamento do referido profissional.

9.16. O **PARCEIRO PRIVADO**, para fins de alcançar os objetivos desse contrato, poderá contratar pessoa jurídica de direito privado destinada a prestar serviços determinados e específicos, nos termos do art. 4-A e 4-B da Lei nº 6.019/74.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

10.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, a qualquer tempo, poderá ser modificado pelas partes, em aspectos quantitativos ou qualitativos, por meio da celebração de aditivos, desde que as modificações não desnaturem seu objeto.

10.2. As alterações deverão obedecer à prévia justificativa por escrito, que conterá a declaração de interesse de ambos os PARCEIROS, autorização governamental, aprovação pelos titulares dos órgãos integrantes da administração direta, após as manifestações da Procuradoria-Geral do Estado e das Secretarias de Estado da Economia e da Administração, esta última somente em relação ao controle das despesas com pessoal no âmbito dos contratos ou termos e à gestão de servidores do Poder Executivo cedidos às respectivas entidades.

10.3. A alteração dos recursos repassados implicará na revisão das metas pactuadas, conforme os relatórios das avaliações anuais emitidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

10.4. Por alterações quantitativas entendem-se as relativas à vigência do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, bem como as referentes ao Termo de Referência e aos Anexos Técnicos, conforme o § 1º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.5. Por alterações qualitativas entendem-se as referentes ao alcance de metas e objetivos, nos termos do § 2º do art. 8º-A da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005.

10.6. Diante da imprevisibilidade e urgência representada pelo combate da pandemia que se pretende conter com o presente ajuste, o **PARCEIRO PÚBLICO** se compromete, em periodicidade semanal ou sempre que recomendar o interesse público, por meio da autoridade sanitária do Estado, a realizar avaliação técnica sobre o progresso das ações previstas e das atividades pendentes de cumprimento, e determinar, mediante a confecção de Relatório Técnico circunstanciado e decisão fundamentada da autoridade competente, as diretrizes e providências supervenientes que se fizerem necessárias, envolvendo a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, com vistas à prevenção, controle e repressão da disseminação da infecção e das doenças provocadas pelo novo coronavírus (2019-nCoV).

10.7. Na hipótese em que as providências determinadas pela autoridade sanitária estadual, referidas no item precedente, impactarem nos valores estimados para a despesa pactuada, será assegurado o reequilíbrio econômico-financeiro do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para acréscimos ou decréscimos de valores do repasse mensal.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO

11.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser rescindido unilateralmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, independentemente da aplicação de outras medidas cabíveis, nas seguintes situações:

11.1.1. Durante a vigência deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** o **PARCEIRO PRIVADO** perder, qualquer que seja a razão, a qualificação como Organização Social no âmbito do Estado de Goiás.

11.1.2. O **PARCEIRO PRIVADO** utilizar, comprovadamente, os recursos em desacordo com o **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e as disposições legais;

11.1.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deixar de apresentar a prestação de contas no prazo determinado, salvo justificativa devidamente fundamentada, comprovada e aceita formalmente pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

11.1.4. O **PARCEIRO PRIVADO** por dois bimestres não cumprir as metas previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**. (subitem suspenso até 30 de junho de 2021, por força da Portaria nº 03/2021 SES/GO).

11.1.5. O **PARCEIRO PRIVADO** descumprir qualquer cláusula deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e/ou não regularizar o cumprimento de obrigação, no prazo lhe assinalado na notificação efetivada pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.1.6. Houver a ocorrência de caso fortuito ou força maior, na forma como se encontram definidos na legislação em vigor, ou na hipótese de saneamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, quando esta ocorrer antes do exaurimento da vigência contratual, condicionada à notificação do **PARCEIRO PRIVADO** com 30 (trinta) dias de antecedência.

11.2. Ocorrendo a rescisão unilateral deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou em razão do término de sua vigência, o **PARCEIRO PRIVADO** não mais poderá fazer uso de quaisquer informações, dados ou documentos, recursos bancários, tecnologias, materiais, metodologias e sistemáticas de acompanhamento.

11.3. Em qualquer das hipóteses motivadoras da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, o **PARCEIRO PÚBLICO** providenciará a imediata revogação do Termo de Permissão de Uso de Bens Públicos, móveis ou imóveis, não cabendo ao **PARCEIRO PRIVADO** direito a qualquer indenização ou retenção dos mesmos.

11.4. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá suspender a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** na hipótese de atraso dos repasses em período superior a 90 (noventa) dias, devendo notificar o **PARCEIRO PÚBLICO** com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, acerca das medidas que serão adotadas.

11.5. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data da rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**, para quitar as obrigações deste decorridas, as obrigações fiscais, trabalhistas e prestar contas de sua gestão ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

11.6. Por acordo firmado entre as partes, desde que em razão de interesse público, mediante ato devidamente fundamentado, este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** poderá ser extinto antes de implementado seu termo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TRANSPARÊNCIA DAS AÇÕES DO PARCEIRO PRIVADO

12.1. O **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a adotar ações de transparência constantes do Anexo II, da Resolução Normativa nº. 13/2017, mantendo, em seu sítio eletrônico na internet, obrigatoriamente, as seguintes informações:

a) Estatuto social e suas alterações.

b) Seu Organograma e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

c) Endereço(s), horário(s) para atendimento ao público, telefone(s), e-mails e da(s) unidade(s) pública(s) gerida(s).

d) **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** e os seus eventuais aditivos;

e) Atas das reuniões do Conselho de Administração, relativas a este **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

f) Regulamento por si adotado para as alienações, aquisições de bens e contratações de obras e serviços, bem como de admissão de pessoal;

g) Atos convocatórios concernentes às alienações, aquisições de bens, contratações de obras e serviços, respectivos resultados, contendo o nome do vencedor, objeto, valores unitários e total, os contratos, vigência e eventuais termos aditivos;

h) Contratos assinados por convênios, termos de parcerias, acordos ajustes ou instrumentos realizados com congêneres realizados com recursos do **PARCEIRO PÚBLICO**, respectivos aditivos e relatórios finais de prestação de contas, na forma da legislação aplicável;

i) Ato Convocatório e Avisos de seleção pública, relativos à contratação de pessoal, com critérios técnicos e objetivos para o recrutamento de empregados;

j) Resultados do processo seletivo, com a indicação dos nomes dos aprovados e as funções para qual estão habilitados;

k) Plano de cargos, benefícios e remuneração dos empregados do **PARCEIRO PRIVADO**;

l) Relação dos membros da Diretoria e das Chefias de seu organograma, com telefone, e-mail e remuneração individual;

m) Demonstrações contábeis e financeiras com suas respectivas notas explicativas, conforme normatização vigente;

n) Registros contábeis, balanços patrimoniais, demonstração do resultado do período, das mutações do patrimônio líquido, de fluxo de caixa e notas explicativas, além dos Livros Razão, Diário do Período, balancetes e demais demonstrativos contábeis, mensais e anuais ou de outras periodicidades;

o) Relatórios mensais e anuais de suas ações e atividades e outros que tenham produzido;

p) Relatório contendo comparativo de recursos recebidos, gastos e devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

q) Relatórios gerenciais de produção, aprovados pelo Conselho de Administração do **PARCEIRO PRIVADO**, contendo necessariamente o comparativo mensal de metas previstas e realizadas;

r) Pergunta que os cidadãos mais costumam fazer ou que podem ser de interesse da sociedade com suas respectivas respostas;

s) Relação mensal dos servidores públicos cedidos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

t) Relação mensal dos servidores públicos que foram devolvidos ao **PARCEIRO PÚBLICO**;

u) Relação mensal dos seus empregados, com os respectivos salários;

v) Detalhamento das despesas administrativas, no caso de gerenciamento da unidade pública em local diferente da deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

w) Informar o nome, endereço, telefone, e-mail e horário de atendimento do responsável em alimentar o sítio eletrônico na internet do **PARCEIRO PRIVADO**.

12.2 Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados pelo **PARCEIRO PRIVADO**, formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS PARTES INTEGRANTES DO CONTRATO DE GESTÃO

13.1. Integram o presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**:

a) Termo de Referência (000021397992).

b) Anexos Técnicos: Anexo I - Especificações Técnicas/2021 -GERAT-18352 (000021411575); Anexo II - Ensino e Pesquisa/2021 - SESG- 03776 (000021418617); Anexo III/2021 - GGDP- 03087 (000021426426); Anexo IV/2021 - GAOS- 14421 Estimativa de Custeio Operacional - Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus) (000021430215); e Anexo V/2021 - GAOS- 14421 (000021430249).

c) Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e

d) Termo de Permissão de Uso de Bens Imóveis.

13.2. Os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis, que contemplam, inclusive, os bens objeto do Contrato nº 45/2021-SES/GO 1 – De Entrega de Bens Móveis e Imóveis, serão elaborados em caderno processual próprio, mas a este apensado, onde deverão ser descritos detalhadamente cada bem e a unidade pública em que se encontram.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DO PARCEIRO PRIVADO

14.1. O **PARCEIRO PRIVADO** é responsável pelas indenizações decorrentes de ação ou omissão culposa que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários das unidades públicas pelas quais é responsável, bem como aos bens públicos móveis e imóveis os quais lhe foram permitidos o uso, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DAS SANÇÕES

15.1. A inobservância pelo **PARCEIRO PRIVADO** de regra constante deste **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** ou de lei, bem como a omissão na prestação de contas e/ou a utilização incorreta dos recursos lhe repassados, autorizará o **PARCEIRO PÚBLICO**, garantido o contraditório e ampla defesa, aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Suspensão da execução do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

c) Multa, proporcional à gravidade do fato, aplicada individual e solidariamente aos dirigentes do **PARCEIRO PRIVADO**, conforme previsto no artigo 15, §2º da Lei estadual nº 15.503/2005;

d) Rescisão do **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL**;

e) Desqualificação como organização social;

f) Instauração de Tomada de Contas Especial; e,

g) A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta Cláusula não elidirá o direito do **PARCEIRO PÚBLICO** exigir indenização dos prejuízos sofridos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

16.1. Fica eleito o Foro desta Comarca de Goiânia para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

17.1. A publicação, por extrato, do presente **CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL** no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, e no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, nos termos do art. 6º, §1º, inciso V, da Lei Estadual nº 18.025, de 22 de maio de 2013 de 2020 será providenciada imediatamente, correndo as despesas por conta do **PARCEIRO PÚBLICO**.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

18.1. Os casos omissos deverão ser decididos pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, aplicando-se os diplomas legais pertinentes à matéria, os preceitos de direito público e, supletivamente, as disposições de direito privado no que for compatível.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO AO CONTRATO DE GESTÃO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (inclusive o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetar a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

ANEXO - TERMO DE REFERÊNCIA

1. OBJETO

1.1. O presente Termo de Referência tem por objeto a seleção de instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde, visando à celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**, localizado na Avenida Bela Vista, nº 2.333, Parque Acalanto, em Goiânia – GO, pelo período de 6 (seis) meses, conforme definido neste Termo de Referência e seus Anexos (Especificações Técnicas).

1.2. Considerando:

a. A permanência significativa de casos da doença provocada pelo novo coronavírus e, ainda, a ausência de imunização disponível a toda população do país;

b. A Lei Estadual nº 20.972/2021, 23 de março de 2021, que dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus no âmbito do Estado de Goiás;

c. A Medida Provisória nº 1.047, de 3 de maio de 2021, que dispõe sobre as medidas excepcionais para a aquisição de bens e a contratação de serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da pandemia da covid-19;

d. Manifestação quanto ao perfil assistencial previsto para o hospital, no Ofício- SAIS 18.488/2021 (v. 000021381352);

e. O Despacho do Gabinete nº 2029/2021 (v. 000021396592).

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO:

2.1. A presente contratação se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta, com base nos princípios administrativos da publicidade, moralidade, impessoalidade, legalidade e eficiência, bem como em critérios técnicos, para a contratação de serviços destinados às atividades de saúde do **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**, por meio do Contrato de Gestão nº 45/2021 da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO).

2.2. Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal bem como pelo Governo do Estado de Goiás por meio de legislação própria (Lei Estadual nº 15.503 de 28 de dezembro de 2005, e alterações posteriores).

2.3. A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias é a estratégia adotada pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

2.4. A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização Social se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

2.5. Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são:

a) Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;

b) Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;

c) Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;

d) Agilidade na tomada de decisões.

e) Menores gastos com recursos humanos;

2.5.1 Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização Social.

2.6. As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

2.7. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos, porquanto a avaliação dá-se pelo cumprimento efetivo e de qualidade das metas estabelecidas no respectivo contrato de gestão. Odete Medauar aponta que:

*O administrativista **contemporâneo** tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder, **deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas.** O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em **constante mudança** (ênfase acrescida).¹*

2.8. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração.

2.9. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência. Outrossim, é fundamental para a Organização Social se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos.

2.10. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma Organização Social, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão da SES/GO.

2.11. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

2.12. A Instituição responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na referida unidade deverá observar as seguintes premissas:

- a) Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
- b) Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- c) Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- d) Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);
- e) Busca de certificação de qualidade em saúde;
- f) A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- g) A Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, contemplando suas atribuições e responsabilidades quanto ao Ensino, Estágios de Graduação e Pós-Graduação do Ensino Profissionalizante e Tecnológico; da Graduação no Ensino Superior, Estágios e Internato Médico; Pós-Graduação *Lato Sensu*, Especialização e Residência Multiprofissional, e em áreas especializadas em conformidade com as legislações vigentes.

3. ANEXOS TÉCNICOS

3.1. A gestão por parte do **PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir às condições estabelecidas neste Termo de Referência, observados os seguintes Anexos:

ANEXO TÉCNICO I - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS, DESCRITIVO DE SERVIÇOS, INDICADORES E METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO (v. 000021411575);

ANEXO TÉCNICO II - ENSINO E PESQUISA (v. 000021418617)

ANEXO TÉCNICO III – GESTÃO DO TRABALHO E SERVIDORES CEDIDOS (v. 000021426426);

ANEXO TÉCNICO IV – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL (v. 000021430215);

ANEXO TÉCNICO V - SISTEMA DE REPASSE (v. 000021430249).

4. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

4.1. O **HOSPITAL DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS DE GOIÂNIA (HCAMP GYN)** funcionará 24 horas e realizará atendimentos de Urgência e Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, com foco no atendimento de casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas confirmados ou suspeitos, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste, mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4.2. Além das diretrizes determinadas pelo Anexo I (v. 000021411575) deverá, também, o **PARCEIRO PRIVADO** observar os seguintes tópicos:

4.3. Da Vigilância em Saúde

4.3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá seguir os seguintes preceitos da Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde:

- a) Os laboratórios prestadores de serviços aos hospitais da Rede do Estado de Goiás devem seguir o fluxo de monitoramento de bactérias multirresistentes, incluindo a disponibilidade de cepas de bactérias.
- b) Garantir a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente.
- c) Alimentar os sistemas relacionados à segurança do paciente (Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária - NOTIVISA), ao controle de infecção hospitalar (Sistema FORMSUS) e ao controle de eventos adversos relacionados a medicamentos e vacinas (Sistema VIGIMED).
- d) Seguir a Nota Técnica ANVISA nº 02/2017, sobre Critérios de Diagnósticos de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde para Notificações dos Indicadores Nacionais.
- e) Garantir às vítimas de Acidente com Exposição à Material Biológico, o atendimento conforme Resolução nº 17/2006 da CIB, no Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), incluindo o fluxo de atendimento e notificações.
- f) Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio do **PARCEIRO PÚBLICO** e conforme diretrizes do SUS.

4.4. Da Tecnologia de Informação

4.4.1.A Unidade deverá adotar Prontuário Único do Usuário, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados, todas devidamente escritas de forma clara e precisa, datadas, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável pelo atendimento médico, pela equipe de enfermagem, fisioterapia, nutrição e demais profissionais de saúde que o assistam. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

4.4.2. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodigamóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

4.4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemplem, no mínimo: marcação de consultas, exames complementares, controle de estoques (almoarifado, farmácia e nutrição), sistema de custos, prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº 1.639/2002), serviços de apoio e relatórios gerenciais, que permitam ao Órgão Fiscalizador do Contrato/SES-GO acessar via *Internet* e gestão do bloco cirúrgico e atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato de Gestão. Caberá ao **PARCEIRO PRIVADO** a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas e o encaminhamento dos relatórios à Secretaria de Estado da Saúde.

4.5. Da Gestão Integrada

4.5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de um Núcleo de Manutenção Geral (NMG), que contemple as áreas de manutenção preventiva e corretiva, predial, hidráulica e elétrica, bem como um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos na Unidade, e manter o Núcleo de Engenharia Clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

4.5.2. Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por quadro próprio de pessoal ou por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial e de manutenção de equipamentos cujo uso lhe fora permitido.

4.6. Da Integridade e Transparência

4.6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir o acesso à informação, conforme previsto nas Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e Lei nº 18.025, de 22 de maio de 2013, respectivamente.

4.6.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar a informação relativa à Transparência das OSS, observando sempre o dever de transparência ativa, o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link* (este gerado pela OSS) a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO.

4.6.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar serviço de OUVIDORIA destinado a esclarecer dúvidas, receber elogios, sugestões, informações, reclamações e denúncias dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que permite à Secretaria do Estado da Saúde melhorar a qualidade do atendimento prestado ao usuário. Providenciar resposta adequada aos problemas apresentados, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

4.6.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde.

5. MODELO DE GESTÃO E METAS

5.1. O modelo de gestão para gerenciamento dos serviços em parceria com Organizações Sociais deverá respeitar os princípios e diretrizes do SUS, preservando a missão da SES/GO, a legislação ambiental e normas sanitárias, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários.

5.2. O **PARCEIRO PRIVADO** terá o compromisso de cumprir as obrigações fiscais e financeiras, prestar informações periódicas acerca do funcionamento da Unidade, além de quantificar as metas alcançadas, por meio de sistema informatizado que guardará conexão com os sistemas utilizados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

5.3. As metas de produção do **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)** serão estimadas para o período de vigência do Contrato de Gestão, 6 (seis) meses, e compõem ANEXO TÉCNICO I – Especificações Técnicas, Descritivo de Serviços, Indicadores e Metas de Produção e Desempenho (v. 000021411575), deste documento.

6. VIGÊNCIA

6.1. Os serviços, objeto deste Termo de Referência, serão iniciados a partir do dia 03 de julho de 2021, invariavelmente, **conforme o artigo 17 da Lei Estadual n.º 20.972/2021**.

6.2. O contrato celebrado com o **PARCEIRO PRIVADO** para a prestação dos serviços deste Termo de Referência terá prazo de vigência de **6 (seis) meses**, podendo ser prorrogado, **conforme o artigo 10 da Lei Estadual n.º 20.972/2021**.

7. DO VALOR DO CONTRATO DE GESTÃO E DO SISTEMA DE REPASSE

7.1. O montante do orçamento econômico-financeiro do **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)** é estimado mensalmente em **R\$12.417.756,00 (doze milhões, quatrocentos e dezessete mil setecentos e cinquenta e seis reais)** e seu montante global corresponde ao valor de **R\$74.506.536,00 (setenta e quatro milhões, quinhentos e seis mil quinhentos e trinta e seis reais)** para os **6 (seis) meses** de Contrato de Gestão, conforme consta no Anexo IV (v. 000021430215).

7.2. O pagamento será efetivado mediante a liberação de **6 (seis) parcelas mensais**, conforme descrito no ANEXO TÉCNICO V – (v. 000021430249) - Sistema de Repasse (Regras e Cronograma do Sistema de Repasse e Sistemática e Critérios de Repasse), sendo o valor composto de uma parte fixa correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal e uma parte variável correspondente a 10% (dez por cento), com base na avaliação de indicadores de desempenho, conforme Programação de Desembolso Financeiro - PDF.

7.2.1. Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$11.175.980,40 (onze milhões, cento e setenta e cinco mil novecentos e oitenta reais e quarenta centavos)** e, para os 6 (seis) meses de contrato, corresponde ao valor de **R\$67.055.882,40 (sessenta e sete milhões, cinquenta e cinco mil oitocentos e oitenta e dois reais e quarenta centavos)**, sendo distribuídos percentual e mensalmente, para efeito de descontos dos **Indicadores de Produção**, nos termos indicados na **TABELA I** do Anexo Técnico V (v. 000021430249).

7.2.2. Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$1.241.775,60 (um milhão, duzentos e quarenta e um mil setecentos e setenta e cinco reais e sessenta centavos)** e, para os 6 (seis) meses de contrato, corresponde ao valor de **R\$7.450.653,60 (sete milhões, quatrocentos e cinquenta mil seiscentos e cinquenta e três reais e sessenta centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico V (v. 000021430249).

7.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

7.4. A Sistemática e os critérios de repasse para o **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**, estão definidos no Anexo Técnico V (v. 000021430249).

8. DOS INDICADORES DE METAS E DA AVALIAÇÃO DO PARCEIRO PRIVADO

8.1. A avaliação mensal será efetivada em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial até o dia 10 (dez) do mês subsequente. As informações mencionadas serão encaminhadas por meio de formulários definidos pela Secretaria de Estado da Saúde e por meio de registros no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde.

8.2. A cada trimestre será realizada a consolidação dos dados do período com análise conclusiva para avaliação e pontuação dos indicadores inerentes à parte fixa das metas de produção e à parte variável do contrato de gestão, quais sejam os indicadores de qualidade, ressalvadas previsões normativas em contrário.

8.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

8.4. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

8.4.1. O Quadro - Síntese de Metas de Desempenho, que apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre, está disposto no Anexo Técnico I (v.).

8.5. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, **e com comunicado prévio ao PARCEIRO PRIVADO**.

8.6. Em caso de previsão normativa, as metas contratuais (qualitativas e quantitativas) poderão ser suspensas ou compensadas com os atendimentos decorrentes da pandemia do novo coronavírus,

8.7. Nos casos que corresponderem à previsão do item anterior, não será gerado ajuste financeiro a menor decorrente do não cumprimento das metas pactuadas. Em caso diverso, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto no **Anexo Técnico V** (v. 000021430249), a depender do percentual de alcance de cada indicador, conforme a avaliação citada no item 8.5.

8.8. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS I, II, III e V, este **deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**.

8.9. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

8.10. As informações deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

8.11. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

8.12. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

8.13. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

8.14. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores**, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

8.15. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

8.16. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

8.17. A cada 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta.

8.18. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

8.18.1.. Havendo indicação de desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

8.18.2.. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

8.19. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

8.20. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

8.21. **A análise referida no item 8.19 deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.**

8.22. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

8.23. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

ANEXO NºI - ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS/2021 - GERAT- 18352

ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS DO HOSPITAL DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS DE GOIÂNIA (Hospital de Retaguarda COVID-19)

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e a prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de Produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade / Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I. ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão ambulatorial e hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde (MS).

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até as 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4 . Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5 . Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6 . Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7 . Serão de inteira responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis no Sistema de Gerenciamento da Tabela de procedimentos do SUS (SIGTAP);

1.7 .1. Sempre que o **PARCEIRO PÚBLICO** for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS – SIGTAP, os seus valores serão cobrados do **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de dedução nos valores de custeio, do Contrato de Gestão, repassados pelo **PARCEIRO PÚBLICO**;

1.7 .2. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7 .3. Sempre que o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS – SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.8 . Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.9 . Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.10 . Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos

equipamentos médico-hospitais e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.11.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.13. Disponibilizar a informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o **PARCEIRO PRIVADO** obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.

d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

e. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

f. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

g. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.

h. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.

i. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.

j. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

k. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

· Nome do usuário.

· Nome do Hospital.

· Localização do Hospital (endereço, município, estado).

· Motivo da internação (CID-10).

· Data de admissão e data da alta.

· Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

· Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.

· O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

· Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.

· Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;

1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;

1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

1.19. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;

1.20. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

1.21. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;

1.22. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;

1.23. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação, compartilhando esta informação em regime semanal com Assessoria Técnica do Gabinete do Secretário, também incluir essa informação nos relatórios gerenciais do hospital.

1.24. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;

1.25. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comissão de Biossegurança, Proteção Radiológica, e Processamento de Produtos em Saúde;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);

1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.27. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.28. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.29. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do **PARCEIRO PRIVADO**, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.30. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer senha e *login* do seu *software* de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do **PARCEIRO PÚBLICO**. O acesso ao *software* não desobriga o **PARCEIRO PRIVADO** a encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde.

1.31. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025.

1.32. Respeitar a Legislação Ambiental.

1.33. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do **PARCEIRO PRIVADO** solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o **PARCEIRO PRIVADO**, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Central de Regulação Estadual.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO** serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O **PARCEIRO PRIVADO** fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Central de Regulação Estadual de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá aderir ao sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde. O objetivo é permitir a migração automática e eletrônica de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo **PARCEIRO PRIVADO**, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

Nome: Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)

CNES: 0086126

Endereço: Avenida Bela Vista, nº 2.333, Parque Acalanto, em Goiânia – GO

Tipo de Unidade: Hospital de grande porte, especializado, com foco no atendimento de casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas

Gestão da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente.

Quadro 1. Capacidade Operacional total estimada do Hcamp Goiânia

Internação	Quantitativo
Leitos de UTI	100
Leitos de enfermaria	78
Observação	28
Sala de estabilização	08

3.1.2. O hospital irá dispor de salas específicas para o funcionamento do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) disponibilizando serviços de Imagenologia e Laboratorial aos usuários atendidos em regime de urgência/emergência e internação.

3.1.3. A distribuição física poderá ser adequada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com anuência prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando, sempre a melhor distribuição para o atendimento assistencial dos pacientes relacionados ao perfil do referido hospital.

3.2. Perfil da Unidade

3.2.1. O **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)** funcionará 24 horas e realizará atendimentos de Urgência e Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, com foco no atendimento de casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas confirmados ou suspeitos, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste, mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)** serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

a) Internação:

- Internação: internações em leitos UTI e enfermaria.
- Atendimento de Urgência e Emergência: atendimento de urgência e emergência para pacientes infectados pelo novo coronavírus e/ou outras síndromes respiratórias agudas.

4.2. Assistência Hospitalar

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários

para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO**: o fornecimento de materiais e medicamentos por ele prescrito, incluindo as órteses, próteses e materiais especiais.

4.2.2. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- a) Assistência por equipe médica especializada.
- b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial.
- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico – SADT que sejam requeridos durante o processo de internação.
- h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- i) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal (médico hospitalista).
- j) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- k) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Lei nº 10.741 de 01/10/2003).
- l) Sangue e hemoderivados.
- m) Fornecimento de roupas hospitalares.

4.3. Atendimento às Urgências Hospitalares

4.3.1. A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências, atendendo a demanda espontânea e encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24 h/dia.

4.3.2. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); ou encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco.

4.3.3. O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, priorizando a internação em infectologia e dermatologia sanitária de média e alta complexidade, encaminhando pacientes de outras especialidades às demais unidades de saúde por meio da Central de Regulação Estadual.

4.3.4. Para efeito de produção contratada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

4.3.5. Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de “observação” (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar – AIH).

4.3.6. Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização. Exames de caráter eletivo devem ser realizados no prazo máximo de 24 h após a solicitação.

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à **Secretaria de Estado da Saúde** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

5.2. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- a) Relatórios contábeis e financeiros.
- b) Relatórios referentes aos Indicadores de Desempenho.
- c) Relatório de Custos em regime Trimestral.
- d) Censo de origem dos pacientes atendidos.
- e) Outras, a serem definidas para a unidade gerenciada.

5.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá atender às legislações vigentes dos órgãos de controle, conforme orientação e demanda do **PARCEIRO PÚBLICO**.

II- METAS DE PRODUÇÃO

6. REGRA GERAL

6.1. **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**

6.2. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado, que padronizará o modelo de apresentação. Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, análise ou elaboração de relatórios.

6.3. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19)**.

- **Internação:** internações em leitos UTI e enfermaria.
- **Atendimento de Urgência e Emergência:** atendimento de urgência e emergência para pacientes infectados pelo novo coronavírus e/ou outras síndromes respiratórias agudas.

6.4. A produção de todos os atendimentos de urgência e emergência, internações e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) realizados deverão ser informados mensalmente.

7. PREMISSAS GERAIS UTILIZADAS NA DEFINIÇÃO DA ESTIMATIVA

7.1. Para realização dos cálculos foi considerado a atividade ininterrupta de 24 horas por dia durante todo o mês.

7.2. Previsão de uma taxa de ocupação de 85% para leitos de enfermaria e 90% para leitos de UTI.

8. ESTIMATIVAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

8.1. Estimou-se a Unidade realizar mensalmente o atendimento de 4751 (quatro mil, setecentos e cinquenta e um) pacientes dia entre críticos e semicríticos.

Quadro 2. Estimativa de atendimentos do Hcamp Goiânia

Internação	Estimativa Paciente Dia
Leitos de UTI	2.736
Leitos de Enfermaria	2.015

8.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado das internações hospitalares.

9. ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

9.1. A unidade hospitalar deverá manter o serviço de urgência/emergência em funcionamento nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, com objetivo de atender todos os usuários referenciados para a unidade hospitalar, bem como aqueles provenientes de demanda espontânea.

9.1.1. O **Parceiro Privado** deverá informar mensalmente a quantidade de atendimentos realizados, tanto de pacientes referenciados quanto os pacientes por demanda espontânea.

9.2. Deverão ser assegurados todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado de urgência e emergência.

9.3. Os serviços do SADT Interno deverão ser informados à SES/GO para fins de verificação das atividades realizadas no Atendimento de Urgência e Emergência.

III- INDICADORES E METAS DE QUALIDADE/DE DESEMPENHO

10. O **Parceiro Privado** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

11. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de desempenho definidos pela Secretaria de Estado, até o dia 10 (dez) do mês subsequente.

12. O quadro a seguir apresenta os indicadores que deverão ser enviados para análise do desempenho hospitalar.

Quadro 3. Indicadores de Desempenho do Hcamp Goiânia

Indicadores de Desempenho	
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar (Dias)	≤ 7 dias
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%

a) Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: relação percentual entre o número de pacientes dia, em determinado período, e o número de leitos dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: $[Total\ de\ Pacientes\ dia\ no\ período / Total\ de\ leitos\ operacionais\ dia\ do\ período] \times 100$

b) Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: relação entre o total de pacientes dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: $[Total\ de\ pacientes\ dia\ no\ período / Total\ de\ saídas\ no\ período]$

c) Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAM quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: $[Nº\ de\ pacientes\ com\ RAM\ avaliada\ quanto\ à\ gravidade / Nº\ total\ de\ pacientes\ com\ RAM] \times 100$

ANEXO NºII - ENSINO E PESQUISA/2021 - SESG- 03776

1. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS SOBRE O ENSINO E PESQUISA

1.1 As atividades de ensino e pesquisa têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás e devem estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).

1.2 As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, seja de cursos tecnólogos para escolas técnicas ou para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO.

1.3 O PARCEIRO PRIVADO deverá viabilizar a constituição e funcionamento das comissões assessoras obrigatórias conforme disposto na Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores.

1.4 É fundamental e imprescindível o incentivo e a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

1.5 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria nº 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.

1.6 A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.

1.7 O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que incluirá visitas técnicas à Instituição.

1.8 Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.

1.9. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

1.10. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

1.11. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.

1.12. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.

1.13. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

1.14 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento tanto da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade como da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local), conforme a situação de cada unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

2. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

2.1. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde.

2.2. A residência é uma modalidade de ensino de pós-graduação, orientada por profissionais de elevada qualificação ética e profissional, destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização, que possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada.

2.3. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Processo Aditivo, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais que estarão vinculados ao Programa.

2.4. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

2.5. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMES), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

2.6. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

2.7. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

3. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

3.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

3.2. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

3.3 O preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

3.4. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

3.5. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

3.5.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC e disponível em <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo.

3.6. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

4.1. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

4.2. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

4.3. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

4.4. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

4.5. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

4.6. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos.

4.7. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

4.8. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor ocorrerá seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme normativas da CNRMS e Regimento Interno da COREMU/SESG.

4.9. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores será realizada por comissão composta pelo Coordenador e por representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou alguém de sua indicação. O resultado final será comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

4.10. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

4.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores.

4.12. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

5. DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

5.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente, o que deverá ser informado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão pela Coordenação de Residência da SESG.

6. ESTÁGIOS CURRICULARES

6.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

6.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 471/2020 – SES/GO, de 05 de março de 2020, ou outras que venham substituí-las.

6.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

ANEXO NºIII/2021 - GGDP- 03087

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato de Gestão celebrado com a Secretaria de Estado da Saúde. Objetiva detalhar aspectos relevantes à gestão do trabalho e de pessoas na execução do Contrato e na prestação dos serviços descritos neste instrumento. Este anexo compõe-se de duas partes **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam as obrigações do parceiro na execução dos serviços e **(II) Quadro de Servidores cedidos**.

I – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá:

1.1 Obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.2 Assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

1.3 Dispor de quadro de pessoal qualificado, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível ao perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

1.4 Constituir na unidade sob seu gerenciamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

1.5 Assegurar desenvolvimento de Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

1.6 Disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

1.7 Adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

1.8 Fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.9 Implementar ações de prevenção de práticas de assédio moral e assédio sexual na unidade.

1.10 Será executado do **PARCEIRO PRIVADO** o desconto integral do valor da folha de pagamento correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores estatutários cedidos descritos na parte **(II) Quadro de Servidores cedidos**, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

1.11 Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

1.12 Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;

1.13 A dedução de que trata o item 1.11 será devida no valor correspondente aos custos inerentes à contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;

1.14 O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.

1.15 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.

1.16 A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.

1.17 O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.18 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.

1.19 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.

1.20 O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

1.21 O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.

1.22 Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.

1.23 Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.

1.24 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.

1.25 É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.

1.26 É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.

1.27 O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.

1.28 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

II – QUADRO DE SERVIDORES CEDIDOS

HOSPITAL DE CAMPANHA DE GOIÂNIA – HCAMP GYN - Jun/2021

CARGOS

Total de Servidores cedidos

0833

-

Não há servidores cedidos para Unidade

Fonte: RHNet Ref: Jan/2021 / Site: <https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia> Ref: 01/06/2021

KÁTIA MARTINS SOARES

Gerente

PELA SGI:

Ciente. De acordo. Defiro prosseguimento imediato.

MAURO THEOBALD

Superintendente

ANEXO NºIV/2021 - GAOS- 14421

Estimativa de Custeio Operacional - Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)

Documento técnico elaborado pela Coordenação de Economia e Saúde, COES/GAOS, com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)** o qual será objeto de seleção da instituição sem fins lucrativos qualificada como Organização Social em Saúde (OSS), com o objetivo de prestação e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, 7 dias por semana e realiza atendimentos de média e alta complexidade.

A metodologia empregada para o cálculo dos custos utiliza o Custeio por Absorção, um método que consiste na apropriação de todos os custos de produção dos bens elaborados. Na abordagem utilizada para o processo de operação dos custos hospitalares, foi feita uma adaptação desta versão básica que estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente da classificação de custos e despesas de cada serviço ou produto comercializado ou consumido na unidade. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (Ministério da Saúde, 2006).

Para o cálculo **estimado** do custo operacional para a contratação, sem evidências fáticas de leitos inativos, foram considerados os dados contidos no ANEXO I da Gerência de Atenção Terciária – GERAT (v.000021411575), bem como a produção de serviços realizados no hospital com perfil de atendimento voltado às síndromes respiratórias agudas e COVID-19, além dos dados fornecidos pelo próprio hospital, na vigência do contrato anterior.

Cita-se, por oportuno, que em razão da Declaração da Organização Mundial de Saúde da situação de pandemia referente à infecção pelo novo coronavírus, trabalha-se com uma **previsão de atendimentos e do nível de complexidade dos casos de COVID 19**, considerações elencadas no Ofício nº 18488/2021 - SES (v.000021381352) motivando a imprescindibilidade da contratação emergencial, posto se tratar de uma situação excepcional.

Visando ao acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** no ANEXO TÉCNICO I (000021411575) que deverá encaminhar **mensalmente**, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)**.

Os dados relativos à produção assistencial, indicadores de desempenho, movimentação de recursos econômicos e financeiros e elementos do Sistema de Custos Hospitalares ocorrem através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, SIH – Sistema de Informações Hospitalares e serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde conforme normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

As informações deverão ser enviadas até o dia 05 (cinco) do mês subsequente à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

Tendo em vista que a Unidade Hospitalar funciona como unidade de enfrentamento ao COVID 19, o perfil descrito sob Contrato de Gestão, a SES/GO irá acompanhar mensalmente os atendimentos de urgência e internações hospitalares realizados, a fim de propor ajustes, em comum acordo com a Organização Social, quanto a distribuição dos leitos críticos e semicríticos.

O Sistema Integrado das Organizações Sociais (SIGOS) disponibilizado na *Internet* emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento das atividades desenvolvidas pelo **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados. A unidade será acompanhada também pelo sistemas de tabulação MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/TABWIN.

0834

1. LINHAS DE CONTRATAÇÃO

1.1 A estimativa dos custos operacionais do **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)** foi segmentada conforme **possíveis linhas de contratação**. No entanto, conforme informado, para o cálculo estimado do custo operacional, levou-se em conta a estrutura física da unidade e o perfil assistencial a ser adotado, estabelecido pelas Superintendências da SES, conforme Anexo I (000021411575), *Especificações Técnicas GERAT (Gerência de Atenção Terciária)*. Para adoção das estratégias de composição da quantidade estimada de produção, recorreu-se também aos serviços prestados previamente na unidade, na vigência do contrato anterior, seguindo os seguintes critérios:

a) Capacidade física instalada e operacional da Instituição;

b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)*;

c) Tempo Médio de Permanência, por área e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento a ser praticado na própria unidade hospitalar e de outras unidades semelhantes;

d) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

1.2 Todavia, os cálculos foram realizados conforme a possibilidade das **Internações Hospitalares**, as quais contemplam, quando necessário, o encaminhamento para leitos de atendimento crítico, conforme a gravidade do paciente. Também foram incluídos os serviços "**Atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Especializada**" e "**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**", os quais são inerentes ao funcionamento do Hospital.

2. MÉTODO DE CÁLCULO

2.1. Percentis (25, 50 e 75)

2.1.1 A metodologia do Custeio por Absorção, consiste ainda no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

2.1.2 Trata-se do custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. É este o único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (Ministério da Saúde, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

2.1.3 Para o cálculo, a consultora Planisa forneceu percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH), com referência de 2019 e de 2020.

2.1.4 A consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID (itens 1.1 e 1.2 da tabela de precificação do tópico 3). Salienta-se, deste modo que o órgão buscou selecionar as bases de dados mais atualizadas, conforme as limitações fáticas envolvidas.

2.1.5 Para os demais itens da tabela de precificação, foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

2.1.6 A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

2.1.7 A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

2.1.8 Importa, ainda, destacar que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

2.1.9 Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

2.1.10 É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

2.1.11 Assim, o custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

2.1.12 O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

2.1.13 Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. A existência de estágio e de educação permanente no Hospital também impactam de forma notável os gastos.

2.1.14 Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convencionou-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Considerou-se também a capacidade instalada atualmente existente, já com as alterações de leitos ocorridas recentemente (implantação de leitos críticos e semicríticos para enfrentamento da COVID-19); a série histórica de atendimentos; os equipamentos instalados; e as especialidades, serviços.

2.2. Memória de cálculo

2.2.1 O critério usado para o custeio das “**Internações Hospitalares**” é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias (semicríticos) e de 90% para as Unidades de Terapia Intensiva (críticos), as quais foram utilizadas como parâmetro de comparação para as unidades semicríticas a serem introduzidas no Hospital, e mantidas para este momento de pandemia.

2.2.2 Considerando ocupação de 85% para os 78 leitos semicríticos, Observação 28(calculado como atendimento),08 de estabilização(calculado como atendimento) de 90% para os 100 leitos críticos, haverá projeção de pacientes-dia, conforme quadro abaixo. Assim, o custeio estimado para as unidades foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

Internação	Nº leitos	TOH	Qtde dias do mês	Pac Dia Projetado
Leitos semicríticos	78	85%	30,4	2.016
Leitos críticos*	100	90%	30,4	2.736
Observação	28	85%	30,4	724
Sala de Estabilização	08	85%	30,4	207

*Leitos de cuidados intensivos

2.2.3 O custeio para os “**Atendimentos de Urgência e Emergência na Atenção Especializada**” considera o número provável de atendimentos, e seu custeio foi estimado multiplicando-se o volume estabelecido (a qual pondera pela previsão de atendimentos e possível demanda), pelo respectivo custo unitário, foram considerados números de atendimentos contidos na produção da unidade.

2.2.4 O custeio do “**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**” foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante (internações e pronto socorro), a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT. Considerando variação de metas em alguns setores, e a consequente variação de demanda proporcional de exames, foi calculado o índice de variação de cada setor e multiplicado por cada exame solicitado, foram considerados a média extraídas no sistema do KPIH, referência novembro de 2020 a maio de 2021.

2.2.5 Como se trata de Unidade Hospitalar, considerou-se uma estimativa de atendimentos das unidades COVID, chegando-se a um índice de SADT, médio, para a possível volumetria de atendimentos no **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)**, de aproximadamente sendo ponderado com relação a alguns serviços terapêuticos, tal como o fornecimento de bolsas de sangue, tendo em vista o não conhecimento completo do comportamento da patologia em questão que poderá demandar mais ou menos os exames de apoio.

2.3. Atualização de Valores

2.3.1 Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o *benchmark* de 2020, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

2.3.2 A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020, pela Planisa.

2.3.3 A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

2.3.4 Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

3. VALOR MENSAL ESTIMADO

3.1 Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)** é de **R\$ 10.661.200,00 (dez milhões, seiscentos e sessenta e um mil e duzentos reais)** no Percentil 25; de **R\$ 12.417.756,00 (doze milhões, quatrocentos e dezessete mil setecentos e cinquenta e seis reais)** no Percentil 50; e de **R\$ 16.486.416,00 (dezesseis milhões, quatrocentos e oitenta e seis mil quatrocentos e dezesseis reais)** no P75.

3.2 O montante global a ser repassado para o valor de **R\$ 74.506.536,00 (setenta e quatro milhões, quinhentos e seis mil quinhentos e trinta e seis reais)**, período de 6 meses, sendo que a transferência ao **PARCEIRO PRIVADO** será mediante liberação de 6 (seis) parcelas mensais, cujo valor total corresponde ao estimado para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO FERNANDO CUNHA JÚNIOR - HCAMP GOIANIA											
DESCRIÇÃO		mês em dias 30,4				PERCENTIL 25		PERCENTIL 50		PERCENTIL 75	
1. SERVIÇOS HOSPITALARES						Custo Unit.	Total	Custo Unit.	Total	Custo Unit.	Total
1.1 Paciente Dia (c/HM e c/ Mat/Med)	Unidade	N	N de leitos	QTDE	OCUP.						
1.2 UI - Covid 19	paciente dia	30	78	2.016	85,0%	764,8	1.541.473	1.286	2.591.662	1.605	3.235.050
1.3 UTI- Covid 19	paciente dia	34	100	2.736	90,0%	2.413,1	6.602.289	2.875	7.866.005	3.956	10.823.963
Sub-Total			178	4.752			9.354.058		10.457.668		14.059.014
2. SERVIÇOS EMERGENCIAIS E AMBULATORIAIS											
2.1 Emergência (c/HM e c/ Mat/Med)											
2.2 Pronto Atendimento ¹	n de Pac. Atend.	15		2.401		157,2	377.509	261,2	627.117	309,2	742.473
2.3 Sala de Observação ²				724		157,2	113.759	261,2	188.976	309,2	223.738
2.4 Sala de Estabilização ³				207		157,2	32.503	261,2	53.993	309,2	63.925
Sub-Total				3.331			523.771		870.087		1.030.136
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					542.993		902.019		1.067.942
Sub-Total								155		224	
3. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)**											
3.1 Agência Transfusional	n de bolsas	13		210		199,6	41.924	300,0	63.004	444,3	93.305
3.2 Análises Clínicas	n de exames	4		60.388		6,1	365.951	7,9	477.367	9,4	568.855
3.3 Eletrocardiografia	n de exames	8		123	100,0%	12,0	1.479	14,4	1.771	25,1	3.092
3.4 Raios X	n de exames	10		864	100,0%	15,4	13.306	18,3	15.811	25,1	21.686
3.5 Tomografia	n de exames	10		922	100,0%	43,3	39.877	62,5	57.625	84,4	77.840
3.6 Ultrassonografia	n de exames	11		188	100,0%	58,1	10.917	64,1	12.041	107,4	20.197
3.7 Fisioterapia	γ de atendimento:	12		8.812		15,4	135.749	21,0	185.140	25,2	222.040
3.8 Fonoaudiologia	γ de atendimento:	8		2.121		21,0	44.562	26,9	56.991	31,0	65.682
3.9 Psicologia	γ de atendimento:	5		3.453		24,1	83.332	43,7	150.862	69,1	238.637
Sub-Total				77.081			737.097		1.020.613		1.311.335
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					764.149		1.058.070		1.359.461
Sub-Total											
TOTAL							10.661.200		12.417.756		16.486.416

¹ Quantidade de atendimentos precificadas refere-se a média de produção do período de 01 a 04/2021 extraídos do KPIH
² Quantidade calculada pelo numero de leitos x mês em dias x taxa de ocupação (85%)
³ Quantidade calculada pelo numero de leitos x mês em dias x taxa de ocupação (85%)

Referência Bibliográfica:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos. Manual Técnico de Custos - Conceitos e Metodologia**. Ed. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006.

ANEXO NºV/2021 - GAOS- 14421

ANEXO NºV- SISTEMA DE REPASSE/2021 - COES/GAOS

I – REGRAS E CRONOGRAMA DO SISTEMA DE REPASSE - Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)

1. Com a finalidade de definir as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do PRIVADO a ser contratada subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I, Especificações Técnicas GERAT (000021411575)

1.2. Foram considerados os seguintes critérios para definição da produção estimada para o **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)**.

a.a) Internação: internações em UTI de pacientes adultos COVID-19;

a. b) Internação: internações em enfermaria de pacientes adultos COVID-19.

1.3. Os Atendimentos de Urgência, e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar

mensalmente a produção realizada.

1.4. As modalidades de atividades assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

2.1. Caso, ao longo da vigência do Contrato, em comum acordo entre as partes, o **PARCEIRO PRIVADO** e/ou a SES/GO, se propuserem a realizar outros tipos de atividades diferentes 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 estudadas, pactuadas e autorizadas pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

2.2. Essas autorizações serão dadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da Unidade, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado por meio de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

2.3. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 426/2021 ou outra norma vigente.

2.4. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as **justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO**, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

2.5. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.

2.6. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.

2.7. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I - Especificações Técnicas GERAT (000021411575).

2.8 O montante do orçamento econômico-financeiro do **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus) estimado mensal é R\$ 12.417.756,00 (doze milhões, quatrocentos e dezessete mil setecentos e cinquenta e seis reais)** e, para o período de 6 (seis) meses de contrato, corresponde ao valor global de **R\$ 74.506.536,00 (setenta e quatro milhões, quinhentos e seis mil quinhentos e trinta e seis reais)**.

2.9 Do montante global, a **parte fixa 90% (noventa por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$ 11.175.980,40 (onze milhões, cento e setenta e cinco mil novecentos e oitenta reais e quarenta centavos)** e, para os 6 (seis) meses de contrato, corresponde ao valor de **R\$ 67.055.882,40 (sessenta e sete milhões, cinquenta e cinco mil oitocentos e oitenta e dois reais e quarenta centavos)**, distribuído percentualmente nos termos indicados na Tabela I.

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO.

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)	VALOR R\$
Internações Hospitalares	90%	R\$ 60.350.294,16
SADT Externo	10%	R\$ 6.705.588,24
TOTAL	100%	R\$ 67.055.882,40

2.10 Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$ 1.241.775,60 (um milhão, duzentos e quarenta e um mil setecentos e setenta e cinco reais e sessenta centavos)** e, para o período de 6 (seis) meses de contrato, corresponde ao valor de **R\$ 7.450.653,60 (sete milhões, quatrocentos e cinquenta mil seiscentos e cinquenta e três reais e sessenta centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**, descrito adiante.2.10.

Do montante global, a **parte variável 10% (dez por cento)** corresponde ao valor mensal de **R\$ 1.241.775,60 (um milhão, duzentos e quarenta e um mil setecentos e setenta e cinco reais e sessenta centavos)** e, para o período de 6 (seis) meses de contrato, corresponde ao valor de **R\$ 7.450.653,60 (sete milhões, quatrocentos e cinquenta mil seiscentos e cinquenta e três reais e sessenta centavos)**, sendo vinculado à avaliação dos **Indicadores de Desempenho** e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**, descrito adiante.

2.11 As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (000021430215).

2.12. Em todos os casos, a avaliação dos indicadores de desempenho será realizada trimestralmente, ou antes, diante da necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e com comunicado prévio ao **PARCEIRO PRIVADO**.

2.13. Em caso de previsão normativa, as metas pactuadas (qualitativas e quantitativas) poderão ser suspensas ou compensadas com os atendimentos decorrentes da pandemia do novo coronavírus.

2.14. Nos casos que corresponderem à previsão do item anterior, não será gerado ajustes financeiros a menor decorrentes do não cumprimento das metas pactuadas. Em caso diverso, será efetuado o desconto de até **10% (dez por cento) de cada mês** (parte variável), conforme disposto neste **Anexo Técnico V**, a depender do percentual de alcance de cada indicador, conforme a avaliação citada no item 2.12.

2.15. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS I (000021411575).

2.16 As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos. E deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

2.17. Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO** mensalmente.

2.18. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet **emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas** pelo

Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus), e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2.2.19. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

2.20. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e **os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores**, na forma disposta no item 2.14;

2.21. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

2.22. A cada período de 03 (três) meses, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

2.23. A cada mês e, ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta, na forma disposta no item 2.14.

2.24. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (COMACG) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

2.25. Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de 10 (dez) dias para defesa e contraditório.

2.26. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

2.27. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao trimestre avaliado.

2.28. Da análise referida no item anterior, **poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro**, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

2.29. A análise deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo **PARCEIRO PRIVADO** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

2.30. **Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa**, o nome do **PARCEIRO PRIVADO** e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

2.31. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO**, caso houver.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

3. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

3.1. Os **ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados** serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME MENSAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde**.

3.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do **Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior (enfrentamento ao novo coronavírus)** a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades

especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no **Anexo Técnico I (000021411575)** gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao **PARCEIRO PRIVADO**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste **Anexo Técnico V**.

TABELA II – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO FERNANDO CUNHA JÚNIOR (ENFRENTAMENTO AO NOVO CORONAVÍRUS).

Modalidade de Contratações	Atividade Realizada	Valor a Pagar
Internação Hospitalares/Peso 90%	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 10% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos
SADT peso 10%	Acima do volume contratado.	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 10% do volume contratado	100 % do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do peso percentual dos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do peso percentual dos atendimentos

4. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

4.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I (000021411575) - INDICADORES DE DESEMPENHO**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME MENSAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

4.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

4.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA III - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
= 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

4.5. A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

$\frac{\sum (\text{nota de cada indicador})}{\text{Quantidade de indicadores}}$

4.6.O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

4.7. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA IV - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100 %
9 a 9,9 pontos	90 %
8 a 8,9 pontos	80 %
7 a 7,9 pontos	70 %
6 a 6,9 pontos	60 %
Menor que 6 pontos	Zero

ANEXO – V

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Associação Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR – **AGIR**, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto Estadual nº 9.845, de 06 de abril de 2021, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE – AGIR, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 5.591 de 10 de maio de 2002, e requalificada por meio do Decreto nº 8.501, de 11 de dezembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº. 22.226 de 15/12/2015, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.029.600/0002-87, com sede na Avenida Olinda com a Avenida PL-3, nº. 960, Quadra H-4, Lote 1, 2 e 3, Parque Lozandes, Torre Business, 20º andar, Goiânia – Goiás, CEP 74884-120, neste ato representada por LUCAS PAULA DA SILVA, brasileiro, economista, portador da CI/RG nº 4015294, expedida pela DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 894.828.751-68, residente e domiciliado nesta capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, e tendo em vista o disposto no Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, e o Associação Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR – **AGIR**, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010026262, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto ceder e permitir o uso gratuito dos bens móveis, conforme inventário de bens a ser anexado a este Termo, bem como os equipamentos e materiais constantes no inventário anexo ao Contrato, imediatamente após assinatura do contrato de gestão e antes do início da gestão no Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior, localizado na Avenida Bela Vista, nº 2.333, Parque Acalanto, Goiânia, pela organização social de saúde.

1.2. Este Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis é parte integrante do Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DOS BENS MÓVEIS

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar os bens cedidos exclusivamente para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

0841

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** deverá guardar/manter os bens no Hospital de Enfermagem de Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior, localizado na Avenida Bela Vista, nº 2.333, Parque Acalanto, Goiânia, somente podendo remanejá-lo com a expressa autorização do **PERMITENTE**.

2.3. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a não emprestar, ceder, dar em locação ou em garantia, doar, transferir total ou parcialmente, sob quaisquer modalidades, gratuita ou onerosa, provisória ou permanentemente, os direitos de uso dos bens móveis cedidos, assim como seus acessórios, manuais ou quaisquer partes, exceto se houver o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

2.4. Os bens móveis cedidos poderão ser alienados e/ou substituídos por outros de igual valor ou maior valor, desde que previamente autorizado pelo **PERMITENTE** e que tenha sido providenciada a respectiva avaliação, ficando condicionados à integração dos novos bens ao patrimônio do Estado, em substituição.

2.5. Em relação à substituição dos bens móveis adquiridos diretamente pelo **PERMISSIONÁRIO**, fica garantida a esta a utilização de procedimento próprio e simplificado para a realização de alienações, com controle patrimonial direto pelo **PERMITENTE**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. A **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, o **PERMITENTE** cede e permite o pleno uso de todos os bens móveis inventariados no anexo deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar os bens ora cedidos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após à publicação do acordo na imprensa oficial do Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de funcionamento.

b) Manter os bens cedidos em perfeito estado de higiene, conservação e funcionamento, bem como, a utilizá-los de acordo com o estabelecido neste Instrumento e no Contrato de Gestão nº 45/2021 -SES/GO.

c) Responsabilizar-se por todas e quaisquer despesas dos bens cedidos, quer decorrentes de assistência técnica preventiva e/ou corretiva de forma contínua, quer decorrentes da recuperação por danos, bem como pelo ressarcimento de qualquer prejuízo proveniente de uso inadequado.

d) Não realizar quaisquer modificações ou alterações nos bens cedidos, sem a prévia e expressa anuência do **PERMITENTE**.

e) Adquirir os insumos indispensáveis ao funcionamento e manutenção dos bens cedidos.

f) Responsabilizar-se pelas despesas com impostos, taxas, multas e quaisquer outras que incidam ou venham a incidir sobre os bens cedidos, devendo encaminhar os respectivos comprovantes de recolhimento ao **PERMITENTE**.

g) Informar imediatamente ao **PERMITENTE** caso os bens objeto desta Permissão sofrerem qualquer turbacão ou esbulho por terceiros.

h) Comunicar ao **PERMITENTE**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas posteriormente a assinatura deste Instrumento.

i) Em caso de demanda judicial que verse sobre os bens cedidos, sendo o **PERMISSIONÁRIO** citado em nome próprio, deverá, no prazo legal, nomear o **PERMITENTE** à autoria.

j) Apresentar Boletim de Ocorrência ao **PERMITENTE**, devidamente registrado em unidade policial, caso ocorra furto ou roubo dos bens dados em permissão de uso.

k) Em caso de avaria provocada por terceiros, culposa ou dolosamente, deverá comunicar, imediatamente ao **PERMITENTE**, com a descrição pormenorizada do fato e identificação do agente causador do dano. Para o caso de dano provocado intencionalmente, deverá ser registrado Boletim de Ocorrência pelo crime de dano contra o autor do fato delituoso.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto vigor o Contrato de Gestão nº 45/2021 -SES/GO.

4.2. O **PERMITENTE** fará publicação do extrato deste Instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS ALTERAÇÕES

5.1. Este Instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, inclusive para acréscimos ou supressões, por meio de termo aditivo, devidamente justificado, e em comum acordo entre as partes, anterior ao término da vigência do Contrato, devendo para tanto ser respeitado o interesse público, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA SEXTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

6.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas aos bens cedidos, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

6.2. O **PERMITENTE** deverá proceder vistoria nos bens cedidos, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO RESSARCIMENTO E DA PERMUTA

7.1. Ocorrendo avaria em qualquer dos bens cedidos e sendo desaconselhável economicamente o seu conserto, ou a hipótese de desaparecimento por furto, roubo ou extravio dos mesmos, o **PERMISSIONÁRIO** deverá:

a) Ressarcir o **PERMITENTE** no valor de mercado dos bens, em 30 (trinta) dias, contados da ocorrência do fato.

b) Adquirir outro bem, de igual valor e forma, para substituir o bem avariado, furtado ou roubado.

7.2. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Goiás, após prévia avaliação e expressa autorização do **PERMITENTE**, desde que satisfeitas as obrigações contratuais.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESTITUIÇÃO E DA DEVOLUÇÃO

8.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a restituir ao **PERMITENTE** todos os bens cedidos, no estado normal de uso, caso ocorra à rescisão ou a extinção deste Instrumento.

8.2. O **PERMISSIONÁRIO** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA NONA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

9.1. O presente Instrumento tem fundamento no artigo 9º da Lei nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos, e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 45/2021 -SES/GO.

9.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público e da Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando os bens ao *status quo ante*.

10.2. Poderá ser rescindido unilateralmente, pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecuível.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

11.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

ANEXO DA MINUTA CONTRATUAL – VI

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL

Termo de Permissão de Uso de Bens Imóvel que entre si celebram o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, e o Associação Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – **AGIR**, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior.

ESTADO DE GOIÁS, pessoa jurídica de direito público interno, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, CEP 74.860-270, Goiânia – Goiás, CNPJ/MF nº 02.529.964/0001-57, neste ato, com fulcro no Decreto Estadual nº 9.845, de 06 de abril de 2021, representado pelo Secretário de Estado da Saúde, Dr. ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº 4.147.614 - DGPC/GO e CPF nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, doravante denominado **PERMITENTE**.

ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE – AGIR, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto Estadual nº 5.591 de 10 de maio de 2002, e requalificada por meio do Decreto nº 8.501, de 11 de dezembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás nº. 22.226 de 15/12/2015, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 05.029.600/0002-87, com sede na Avenida Olinda com a Avenida PL-3, nº. 960, Quadra H-4, Lote 1, 2 e 3, Parque Lozandes, Torre Business, 20º andar, Goiânia – Goiás, CEP 74884-120, neste ato representada por LUCAS PAULA DA SILVA, brasileiro, economista, portador da CI/RG nº 4015294, expedida pela DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 894.828.751-68, residente e domiciliado nesta capital, doravante denominado **PERMISSIONÁRIO**.

Considerando o disposto no Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO, firmado entre o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, e o Associação Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – **AGIR**, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior.

Considerando tudo que consta no processo administrativo nº 202100010026262, as partes **RESOLVEM** firmar o presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BEM IMÓVEL**, nos termos das normas disciplinares previstas no ordenamento jurídico vigente, mediante as cláusulas e condições a seguir expostas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Instrumento tem por objeto a cessão e permissão de uso de bem imóvel, do HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO FERNANDO CUNHA JÚNIOR, situado na Avenida Bela Vista, nº 2.333, Parque Acalanto, Goiânia/GO, para o funcionamento do Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus

1.2. Este Termo de Permissão de Uso é parte integrante do Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO E USO DO IMÓVEL

2.1. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a utilizar o imóvel exclusivamente para atender ao Sistema Único de Saúde-SUS.

2.2. O **PERMISSIONÁRIO** não poderá dar qualquer outra destinação ao imóvel, que não seja o funcionamento do Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior, sob pena de responder por perdas e danos.

2.3. O bem imóvel cedido é inalienável pelo **PERMISSIONÁRIO**.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

3.1. O **PERMITENTE** se compromete a:

a) Por força do presente Instrumento, dar em cedência e permitir o uso, a título gratuito, o imóvel descrito na Cláusula Primeira deste Instrumento.

3.2. O **PERMISSIONÁRIO** se compromete a:

a) Vistoriar o imóvel, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a publicação do acordo na imprensa oficial do Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO, emitindo Termo de Vistoria atestando seu bom estado de conservação, acompanhado de acervo fotográfico e documental relativo a situação do prédio.

b) Conservar e a zelar pelo perfeito estado do imóvel objeto deste termo, utilizando-o como se lhe pertencesse, conservando-o e fazendo com que seu uso e gozo sejam pacíficos e harmônicos, principalmente com vizinhos, e utilizá-lo de acordo com o estabelecido na cláusula segunda.

c) Assumir os encargos e ônus decorrentes da guarda e manutenção do imóvel, incluindo as benfeitorias que se fizerem necessárias.

d) Responsabilizar-se por quaisquer despesas relacionadas ao uso e gozo do imóvel, sejam despesas de água, luz, impostos, taxas, contribuições de melhoria, enquanto o presente Instrumento estiver vigente.

e) No caso de rescisão ou extinção do Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO, restituir o imóvel cedido nas mesmas condições em que o recebeu, respeitada sua depreciação natural e o Termo de Vistoria.

f) Não emprestar, ceder, locar ou de qualquer outra forma repassar a terceiros o imóvel objeto deste Termo, no todo ou em parte, sem o prévio e expresso consentimento do **PERMITENTE**.

g) Declarar-se ciente de que este termo se tornará nulo, independentemente de ato especial, sem que lhe seja devida qualquer indenização, caso haja necessidade e comprovado interesse público, de dar destinação diversa, da prevista neste Instrumento, ao imóvel ora cedido.

h) É facultado ao **PERMISSIONÁRIO** executar obras complementares no imóvel, ficando condicionada a apresentação de projeto para prévia análise e aprovação da área competente da Secretaria de Estado da Saúde.

CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E PUBLICAÇÃO

4.1. O presente Instrumento vigorará enquanto vigor o Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO.

4.2. Este instrumento poderá ser alterado, nos casos previstos no ordenamento jurídico vigente, por meio de termo aditivo, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente desta permissão.

4.3. A Secretaria de Estado da Saúde publicará o extrato deste Termo de Permissão de Uso, no Diário Oficial do Estado de Goiás.

CLÁUSULA QUINTA – DAS BENFEITORIAS E VISTORIA

5.1. As benfeitorias realizadas pelo **PERMISSIONÁRIO** serão incorporadas ao imóvel, sem que lhe assista o direito de indenização ou de retenção, salvo acordo formal em contrário.

5.2. O **PERMITENTE** deverá proceder a vistoria no imóvel cedido, a fim de constatar o cumprimento, pelo **PERMISSIONÁRIO**, das obrigações assumidas neste Instrumento independentemente de aviso prévio, consulta ou notificação.

CLÁUSULA SEXTA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E DAS OMISSÕES

6.1. O presente Instrumento tem fundamento na Lei estadual nº 15.503/2005, regendo-se pelas disposições de Direito Civil, em especial as concernentes ao direito real de uso, aplicado supletivamente aos contratos administrativos e, ainda, pelas cláusulas e condições estipuladas neste Termo e no Contrato de Gestão nº 45/2021-SES/GO.

6.2. Os casos omissos ou excepcionais, assim como as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste Termo, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes por meio da Comissão Interna de Chamamento Público, juntamente com a Gerência de Patrimônio da SES/GO, bem como pelas regras e princípios do Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA RESCISÃO

7.1. Os interessados poderão rescindir de comum acordo, sendo-lhes imputadas as responsabilidades das obrigações no prazo que tenha vigido e creditando-lhes, igualmente, os benefícios adquiridos no mesmo período, necessitando, porém, de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, retornando o bem ao *status quo ante*.

7.2. Poderá ser rescindido unilateralmente pelas partes, por descumprimento de quaisquer cláusulas ou condições, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, ou pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

8.1. Os partícipes elegem o foro de Goiânia-GO como competente para dirimir quaisquer divergências relacionadas ao presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pela via administrativa, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Paula da Silva, Usuário Externo**, em 12/07/2021, às 15:05, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 12/07/2021, às 18:46, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000021970187** e o código CRC **B8CA2FB6**.

COORDENAÇÃO DE LICITAÇÕES
NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO - CEP 74000-000 - .



Referência: Processo nº 202100010026262

SEI 000021970187



conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. CUMpra-SE e Publique-SE. Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 26 dias do mês de agosto de 2021. ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR

Protocolo 251600

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Portaria nº 991/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de PALMELO - GO, cujo objeto é investimento, constante no processo nº 202100010009780. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R\$ 100.000,00 (Cem mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMpra-SE e Publique-SE Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 16 dias do mês de agosto de 2021.

Protocolo 251601

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Portaria nº 1209/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de MAMBAÍ - GO, cujo objeto é Investimento, constante no processo nº 202100010009638. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R\$ 40.000,00 (Quarenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMpra-SE e Publique-SE. Gabinete do SECRETARIA do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 17 dias do mês de agosto de 2021.

Protocolo 251603

ESTADO DE GOIÁS SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Portaria Nº 1215/2021 - SES O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo. RESOLVE: Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de NOVA CRIXÁS - GO, cujo objeto é Investimento, constante no processo nº 202100010009814. Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R\$ 60.000,00 (Sessenta mil reais). Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação. Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO. § 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. § 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução. Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado. Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMpra-SE e Publique-SE. Gabinete do SECRETÁRIO do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 25 dias do mês de agosto de 2021.

Protocolo 251604

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 045/2021/SES-GO
Processo nº: 202100010026262.

Contratada: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. **Objeto:** 1.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, por meio de fomento público, tem por objeto a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e a execução dos atendimentos dos casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas em regime 24 horas/dia, no Hospital de Enfrentamento ao Coronavírus de Goiânia (Hospital de Retaguarda COVID-19), instalado nas dependências do Hospital do Servidor Público Fernando Cunha Júnior, nos termos do que se encontra detalhado no Termo de Referência e nos Anexos Técnicos, considerados partes integrantes deste instrumento, para todos os efeitos legais, independentemente de transcrição. 1.2. Este CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL, como instrumento de natureza colaborativa, deverá ser executado de forma a garantir eficiência econômica, administrativa, operacional e de resultados, conferindo eficácia à ação governamental, efetividade às diretrizes e às políticas públicas na área da saúde, com fundamento no disposto na Constituição Federal, na Constituição do Estado de Goiás, na Lei estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, e demais disposições legais pertinentes à matéria. 1.3. O presente CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL constitui-se em medida imprescindível ao enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional decorrente da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV), em conformidade com o Decreto Estadual nº 9.848, de 13 de abril de 2021, e com a Lei Estadual nº 20.972, de 23 de março de 2021 que, dentre as providências necessárias ao fim objetivado, elencou a dispensa chamamento público quando a celebração do respectivo contrato de gestão for destinada ao enfrentamento da emergência em saúde pública decorrente da pandemia do novo coronavírus. **Vigência:** 06 (seis) meses a partir de 03/07/2021 até 02/01/2022, ou da conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com observância ao estabelecido no art. 17 da Lei Estadual nº 20.972/2021. **Valor do Contrato:** total estimado em R\$ 74.506.536,00. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.238.90 e 2850.10.302.1043.2149.03.100.90. **Data de assinatura:** 12/07/2021. **Signatários:** Ismael Alexandrino Júnior - Secretário De Estado Da Saúde; Lucas Paula da Silva - Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR.

Protocolo 251479



89	202100010027449	S. PATRÍCIO I	TAÍSA DUARTE BASTOS	010.068.521-52	98,20	50%
90	202100010027449	S. PATRÍCIO I	VALDERLINA HONORATO DA SILVA	288.546.911-00	91,40	40%
91	202100010027797	SUDOESTE I	CLÉVIA FERREIRA LIMA	597.549.201-44	100,00	50%
92	202100010027797	SUDOESTE I	LUCIANA LÚCIA DA SILVA NUNES	255.389.501-15	100,00	50%

DATA: 15/12/2020

ART. 2º - Determinar à Superintendência de Gestão Integrada a adoção de medidas legais e adequadas para o pagamento da Produtividade Fiscal referente ao ciclo avaliado.

ART. 3º Esta Portaria entrará em vigor a partir de 1º de julho de 2021 e produzirá efeitos financeiros de 01 julho de 2.021 a 31 de dezembro de 2.021.

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em Goiânia, aos 30 dias do mês junho de 2021.

ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR,
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 241625

EXTRATO DA PORTARIA Nº 535/2021-SES/GO -- DESIGNAÇÃO DE GESTOR DO CONTRATO Nº 30/2021-SES/GO. **Processo nº:** 202000010039695. **Objeto do Contrato:** Fornecimento de nitrogênio líquido visando o abastecimento dos botijões criogênicos utilizados no armazenamento, conservação e transporte de material biológico, utilizados no Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN/SUVISA/SES-GO. **Contratada:** NITROVALLE DISTRIBUIDORA DE NITROGÊNIO LÍQUIDO EIRELI. **Gestor:** CARLOS ANTÔNIO MOREIRA. CPF nº 374.856.101-63. **Fundamento:** Lei Federal nº 8.666/1993, art. 67 e Lei Estadual nº 17.928/2012, arts. 51/54. **Vigência:** A partir de 27/05/2021. **Signatário:** ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR, Secretário de Estado da Saúde.

Protocolo 241647

Extrato do 1º Termo Aditivo ao Contrato nº 14/2020-SES/GO. **Processo nº:** 201900010047972. **Objeto:** I. Primeira prorrogação do prazo de vigência do Contrato nº 14/2020-SES/GO, por 12(doze) meses. II. Alteração da razão social da contratada. **Contratada:** FACILIT TECNOLOGIA S/A. **Valor Total do Aditivo:** R\$ 863.400,00. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.572.1022.2082.03.100.90. **Vigência da prorrogação:** 26/03/2021 a 25/03/2022. **Signatários:** Marcilio da Silva Ferreira Filho - Procurador do Estado; Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde; Manoel Christovam de Amorim Neto - FACILIT TECNOLOGIA S/A.

Protocolo 241642

EXTRATO DO CONTRATO Nº 30/2021-SES/GO. **Processo nº:** 202000010039695. **Contratada:** Nitrovalle Distribuidora de Nitrogênio Líquido EIRELI. **Objeto:** Contratação de empresa especializada no fornecimento de nitrogênio líquido visando o abastecimento dos botijões criogênicos utilizados no armazenamento, conservação e transporte de material biológico, utilizados no Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN/SUVISA/SES-GO. **Valor do contrato:** R\$ 28.320,00. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2147.03.232.90. **Vigência:** Vigência: 12 (doze) meses, contado(s) a partir da data da outorga pelo(a) Procurador(a)-Chefe da Procuradoria Setorial da SES/GO. **Data da Outorga:** 28/06/2021. **Signatários:** Antônio Flávio de Oliveira-Procurador do Estado Em auxílio à Procuradoria Setorial da SES, Ismael Alexandrino Junior - Secretário de Estado da Saúde, Pedro Borella Neto - Nitrovalle Distribuidora de Nitrogênio Líquido EIRELI. .

Protocolo 241645

EXTRATO DO CONTRATO Nº 036/2021/SES-GO. **Processo:** 202100010008027. **Objeto:** Contratação de empresa para o fornecimento de kits de extração automatizada de ácidos nucleicos virais e consumíveis para setup de placas de PCR, com equipamentos em comodato, para o diagnóstico laboratorial, por biologia molecular, de doenças e agravos, em especial, da COVID-19 para atendimento das necessidades da Seção de Biologia

Molecular do Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros - LACEN/SES-GO. **Contratada:** UTILAB COMERCIO ATACADISTA DE PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES EIRELI. **Data de Assinatura:** 01/07/2021. **Vigência:** 12 meses a partir da data de sua assinatura. **Signatários:** Juliana Pereira Diniz Prudente, Procuradora Geral Do Estado; Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde; Daniel de Moraes Kodama - UTILAB COMERCIO ATACADISTA DE PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES EIRELI.

Protocolo 241696

EXTRATO DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO 23/2021-SES/GO. **Processo nº:** 202100010008660. **Permitente:** Estado de Goiás / Secretaria de Estado da Saúde. **Permissionário:** Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. **Objeto:** Permissão de uso de Bens Móveis. **Vigência:** por prazo indeterminado com início em 21/06/2021. **Signatários:** Marcella Parpinelli Moliterno - Procuradora-Chefe da Procuradoria Setorial SES/GO. Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Irani Ribeiro de Moura - Santa Casa de Misericórdia de Goiânia.

Protocolo 241643

Resultado de Julgamento - Pregão Eletrônico n.º 101/2021

A Secretaria de Estado da Saúde - SES/GO informa que restou FRACASSADA, a licitação realizada no Pregão Eletrônico n.º 101/2021.

Oferta de Compra Comprasnet Goiás: 48749

Processo n.º 202100010000002

Goiânia/GO, 06 de julho de 2021.

Lucas Araújo Garcês- Gerente da GCG/SES-GO

Protocolo 241641

DECLARAÇÃO Nº 46 / 2021 CLICIT- 09368

RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL

Ratifico a Declaração nº 46/2021 CLICIT-09368, em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202100010026262, **DECLARO** a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial da **ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE - AGIR**, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 05.029.600/0002-87, para a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das ações no **HOSPITAL DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVÍRUS DE GOIÂNIA (HOSPITAL DE RETAGUARDA COVID-19)**, instalado nas dependências do **HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO FERNANDO CUNHA JÚNIOR**, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, de casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas que necessitem de internação, cujo prazo de vigência será de 06 (seis) meses a partir de 03/07/2021 até 02/01/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de



novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com fundamento Medida Provisória nº 1.047, de 3 de maio de 2021, e Decreto Estadual nº 9.848, de 13 de abril de 2021, e Lei Estadual nº 20.972, de 23 de março de 2021, visando a adoção das medidas necessárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública internacional decorrente do coronavírus, cujo valor mensal estimado é de R\$ 12.417.756,00 (doze milhões, quatrocentos e dezessete mil, setecentos e cinquenta e seis reais).

Publique-se.

Goiânia-GO, em 05 de julho de 2021.

ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 241748

DECLARAÇÃO Nº 52 / 2021 CLICIT- 09368

RATIFICAÇÃO DO ATO DE DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA CONTRATO DE GESTÃO EMERGENCIAL

Ratifico a Declaração Nº 51 / 2021 CLICIT- 09368, em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202100010026269, **DECLARO** a Dispensa de Chamamento Público para a Contratação Emergencial do **INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO- IMED**, qualificada como Organização Social de Saúde, no âmbito do Estado de Goiás, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) sob o nº 19.324.171/0005-28 para a formação de parceria com vistas ao gerenciamento, operacionalização e à execução das ações no **HOSPITAL REGIONAL DE LUZIÂNIA**, para atendimento, em regime de 24 (vinte e quatro) horas por dia, de casos de coronavírus e/ou síndromes respiratórias agudas que necessitem de internação, cujo prazo de vigência será de 06 (seis) meses a partir de 03/07/2021 até 02/01/2022, ou até a contratação decorrente da conclusão de novo chamamento público, o que ocorrer primeiro, com fundamento Medida Provisória nº 1.047, de 3 de maio de 2021, e Decreto Estadual nº 9.848, de 13 de abril de 2021, e Lei Estadual nº 20.972, de 23 de março de 2021, visando a adoção das medidas necessárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública internacional decorrente do coronavírus, cujo valor mensal estimado é de \$ 7.305.198,00 (sete milhões, trezentos e cinco mil e cento e noventa e oito reais).

Publique-se.

Goiânia-GO, em 05 de julho de 2021.

ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR - Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 241762

Secretaria de Estado da Economia

Portaria 025 SRE/2021 - ECONOMIA

O SUBSECRETÁRIO DA RECEITA ESTADUAL DA SECRETARIA DE ESTADO DA ECONOMIA DE GOIÁS, no uso de suas atribuições, com fundamento nas disposições do art. 144-A da Lei nº 11.651/91, Código Tributário do Estado de Goiás (CTE), combinado com os arts. 463 a 463-E do Decreto nº 4.852/98, Regulamento do Código Tributário do Estado de Goiás (RCTE), e o que consta do Processo nº 202000004015731,

RESOLVE:

Art. 1º Suspender os efeitos do ATO DECLARATÓRIO Nº 67/2020-SRE, de 14.05.2020, que declarou a empresa GOIÁS ALIMENTOS LTDA, estabelecida na Rodovia GO 080, S/N - Zona Rural - Goianésia - GO., inscrita no CNPJ/MF sob nº 05.207.895/0001-53 e no Cadastro de Contribuintes do Estado (CCE) nº 10.353.451-2, enquadrada como devedor contumaz, uma vez que os processos administrativos tributários que motivaram o ato foram objeto de Termos de Acordo de Parcelamento de Crédito Tributário, estando, portanto, com a exigibilidade suspensa.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo efeitos, porém, a partir de 01.04.2021.

GABINETE DO SUBSECRETÁRIO DA RECEITA ESTADUAL DA SECRETARIA DE ESTADO DA ECONOMIA, aos 30 dias do mês de junho de 2021.

AUBIRLAN BORGES VITO
Subsecretário da Receita Estadual

Protocolo 241621

PORTARIA Nº 0007/2021 - GIEF

Pessoa Física

O GERENTE DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO- FISCAIS, no uso de suas atribuições legais, especialmente o que determina o artigo 61 da IN nº 946/09-GSF, de 7 de abril de 2009,

RESOLVE:

Art. 1º. Dar publicidade aos atos de SUSPENSÕES das inscrições no Cadastro de Contribuintes do Estado, das pessoas físicas relacionadas no Anexo Único desta Portaria, tendo em vista sua situação irregular perante o fisco estadual, até a data da emissão dos referidos atos.

Art. 2º. O contribuinte do ICMS que tiver sua inscrição suspensa não pode transitar com mercadoria, sob pena de apreensão da mesma, nem receber autorização para impressão de documentos fiscais ou para autenticação destes e de livros fiscais, sendo que os documentos por ele emitido ou a ele destinados não terão efeito algum, salvo como prova a favor do fisco.

Art. 3º. Os sócios ou titulares de estabelecimento que possuam mais de uma inscrição estadual suspensa ficam impedidos de cadastrar novo estabelecimento ou integrar o quadro social de empresa já inscrita, exceto as Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, nos termos do Art. 9º da Lei Complementar 123/06, até a regularização cadastral das mesmas.

Art. 4º. Ficam os contribuintes com inscrição suspensa notificados a apresentar à Delegacia de sua circunscrição, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data de publicação desta Portaria, os documentos de que sejam usuários, dentre os relacionados abaixo:

I - livros fiscais e contábeis;

II - documentos fiscais utilizados ou não;

III - inventários de mercadorias e bens do ativo fixo;

IV - documentos relativos a despesas e receitas do estabelecimento;

V - Declaração Periódica de Informações - DPI;

VI - comprovantes dos pagamentos do ICMS;

VII - cópias do instrumento constitutivo do estabelecimento e suas alterações;

VIII - relativamente ao estabelecimento autorizado a utilizar Equipamentos Emissores de Cupom Fiscal - ECF's, leitura X e leitura da Memória Fiscal referente a todo o período de utilização dos equipamentos, efetuados na mesma data da sua apresentação ou comunicado, acompanhadas, quando for o caso, do formulário Pedido de Cessação de Uso de Equipamento Emissor de Cupom Fiscal.

Art. 5º. Presumem-se desaparecidos, destruídos, extraviados, inutilizados ou perdidos, decorrente do não atendimento do disposto no artigo anterior, os livros, documentos fiscais e Equipamentos Emissores de Cupom Fiscal - ECF's autorizados para o estabelecimento.

Art. 6º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir da data da homologação da suspensão da inscrição.

O Anexo Único contendo a relação dos contribuintes suspensos encontra-se disponível para consulta no site da economia (www.economia.go.gov.br).

CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

GABINETE DO GERENTE DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS, em GOIÂNIA - GO, aos 02 dias do mês julho de 2021.

Protocolo 241746

PORTARIA Nº 0008/2021 - GIEF

Pessoa Jurídica

O GERENTE DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO- FISCAIS, no uso de suas atribuições legais, especialmente o que determina o artigo 61 da IN nº 946/09-GSF, de 7 de abril de 2009,

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 01/06/2022

CNES: 0086126 Nome Fantasia: HOSPITAL DE ENFRENTAMENTO AO CORONAVIRUS DE GOIANIA CNPJ: --
 Nome Empresarial: SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
 Logradouro: AV BELA VISTA Número: S/N Complemento: --
 Bairro: PARQUE ACALANTO Município: 520870 - GOIANIA UF: GO
 CEP: 74860-210 Telefone: -- Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: --
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: GUILLERMO SOCRATES PINHEIRO DE LEMOS
 Cadastrado em: 22/03/2020 Atualização na base local: 08/11/2021 Última atualização Nacional: 18/02/2022
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UNIDADE ISOLAMENTO	53	53
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	100	50
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	140	140

Data desativação: 02/2022 Motivo desativação: ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES

3.1.2. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS.

Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

ATESTADO Nº9/2020 - COMFIC- 03854

Atesta-se, para os devidos fins, que Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº. 05.029.600/0002-87, localizada na Av. Olinda c/ Av. PL-3, nº. 960, Edifício Lozandes Corporate Design, Torre Business, 20º andar, Parque Lozandes, CEP 74884-120, Goiânia-GO, qualificada no Estado de Goiás como Organização Social de Saúde pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e requalificada pelo Decreto nº 8.501, de 11 de dezembro de 2015, Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-Saúde) pela Portaria MS/SAS nº 1.073/18, atualmente é gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER (desde 2002), do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS (desde 2013), do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL (desde 2014), Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Goiânia (desde 2020) e Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Águas Lindas de Goiás (desde 2020).

Tem realizado as seguintes atividades:

1. Prestação de serviços em Administração Hospitalar, nas três unidades de saúde (CRER, HDS e HUGOL) com serviços de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, queimados e terapia nutricional; UTI adulto, pediátrica e queimados; reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; multiprofissional; pronto-socorro; urgência e emergência; internação; cirúrgico; ambulatorial; laboratorial; diagnóstico; longa permanência e cuidados ao idoso.

2. Prestação de serviços em Administração Hospitalar, nas três unidades de saúde (HCAMP Goiânia e HCAMP Águas Lindas de Goiás) com serviços de internação de pacientes adultos e pediátricos, críticos e semicríticos; pronto-socorro; urgência e emergência; laboratorial; diagnóstico;

3. Em abril de 2017, os Contratos e Termos Aditivos foram elaborados sob nova modelagem e a produção passou a ser por linha de contratação conforme a especificidade e o perfil de cada unidade.

4. Em abril de 2019, pra o HUGOL foi contratualizado Cirurgias Eletivas, Cirurgias Eletivas Cardíacas Adulto, Cirurgias Eletivas Cardíacas Neonatal/Pediátrica e Procedimentos de Hemodinâmica.

5. Assim, a OSS apresentou a seguinte produção, para cada unidade, nos anos de 2016 a 2020:

Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Volumetria da Atividade	2016	Janeiro a Março/2017
Internações (paciente/dia)	40.280	5.621
Atendimento de Reabilitação (multiprofissional)	1.006.618	264.211
Atendimento Ambulatorial Médico	119.200	31.539
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT	498.310	115.064

Oficina Ortopédica (Confeção de Órteses/Próteses)	16.355	4.349
Atendimento Odontológico	23.203	5.621

Volumetria da Atividade	Abril a Dezembro/2017	2018	2019	Janeiro a Outubro/2020
Internação (Saídas Hospitalares)	4.745	6.376	7.515	3.488
Atendimento Ambulatorial (médico e não-médico)	126.395	181.545	171.325	52.687
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-SADT Externo	138.720	215.383	296.768	101.594
Serviço de Atenção Domiciliar -SAD	441	591	626	497
Terapias Especializadas	247.884	337.267	344.234	130.635
Oficina Ortopédica (Confeção de Órteses/Próteses)	6.585	8.457	11.117	5.435
Prótese Auditiva				921
Cirurgias Eletivas			5.149	2.857

Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS

Volumetria da Atividade	2016	Janeiro a Março/2017
Atendimento Ambulatorial (consultas e curativos)	138.794	28.652
Atendimento Odontológico	13.079	2900
Atendimento Multiprofissional	286.051	71.528
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT	29.786	7.867

Volumetria da Atividade	Abril a Dezembro/2017	2018	2019	Janeiro a Outubro/2020
Assistência Integral aos Pacientes / Moradores – Diárias	5.136	6.883	6.523	5.117
Atendimento Ambulatorial (médico e não-médico)	46.939	74.386	77.608	8.805
Pequenos Procedimentos Ambulatoriais				16.911
Terapias Especializadas				1.160
SADT Externo				3.665

Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL

Volumetria da Atividade	2016	2017	2018	2019	Janeiro a Outubro/2020
Internação (Saídas Hospitalares)	11.286	12.190	14.884	21.468	14.125
Atendimento de Urgência/Emergência	65.410	66.669	43.937	61.027	21.162
Atendimento Ambulatorial (médico e não- médico)	1.166.211	970.038	51.589	85.833	16.795
Cirurgias Eletivas				285	2.010

Procedimentos de Hemodinâmica

1.324

928

Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Goiânia

Volumetria da Atividade	Março a Outubro/2020
Internação (Paciente-Dia)	22.418
Atendimento de Urgência e Emergência	17.727
SADT	306.221

Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Águas Lindas de Goiás

Volumetria da Atividade	Setembro a Outubro/2020
Internação (Paciente-Dia)	2.750
SADT	30.619

5. Atesta-se, portanto, que até a presente data, a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR tem cumprido, em geral, suas funções quantitativas e qualitativas.

Goiânia - GO, aos 27 dias do mês de fevereiro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **LORENNA RODRIGUES DE SOUZA, Gerente**, em 11/12/2020, às 10:39, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **HARDWICKEN MIRANDA VARGAS, Superintendente**, em 14/12/2020, às 09:06, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000017193834** e o código CRC **2018C435**.

COORDENAÇÃO DE MONITORAMENTO E FISCALIZAÇÃO DOS CONTRATOS DE GESTÃO

RUA SC 1 299 - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - CEP 74860-270 - GOIANIA - GO 0- S/C



Referência: Processo nº 202000010041753



SEI 000017193834

Secretaria de
Estado da
Saúde



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA Nº: 1/2022 - SES/GAOS-14421

GOIANIA, 03 de junho de 2022.

Atesta-se, para os devidos fins, que **Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR**, entidade sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº. 05.029.600/0002-87, localizada na Av. Olinda c/ Av. PL-3, nº. 960, Edifício Lozandes Corporate Design, Torre Business, 20º andar, Parque Lozandes, CEP 74884-120, Goiânia-GO, qualificada no Estado de Goiás como Organização Social de Saúde pelo Decreto Estadual nº 5.591/02 e requalificada pelo Decreto nº 8.501, de 11 de dezembro de 2015, Certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS-Saúde) pela Portaria MS/SAS nº 1.073/18, atualmente é gestora do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER (desde 2002) e do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta - HDS (desde 2013), do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL (desde 2014), e do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD (desde 2021), e gerenciou o Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Goiânia (de 2020 a 2021), o Hospital de Campanha para Enfrentamento da COVID-19 - HCAMP Águas Lindas de Goiás (em 2020), o Hospital Estadual do Centro-Norte Goiano – HCN (em 2021).

Realizou as seguintes atividades:

1. Prestação de serviços de Gestão Hospitalar, nas três unidades de saúde (HCAMP Goiânia, HCAMP Águas Lindas de Goiás e HCN), com serviços de internação de pacientes adultos e pediátricos, críticos e semicríticos; pronto-socorro; urgência e emergência; exames laboratoriais e diagnósticos; com perfil voltado a pacientes acometidos por covid-19 e outras síndromes respiratórias.

E tem realizado as seguintes atividades:

1. Prestação de serviços de Gestão Hospitalar, nas quatro unidades de saúde (CRER, HDS, HUGOL e HECAD), com serviços de alta complexidade em traumatologia-ortopedia; queimados; terapia nutricional; UTI adulto, pediátrica e queimados; reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; atendimentos multiprofissionais; urgência e emergência adulto e pediátrica; internação de pacientes adultos e pediátricos; procedimentos cirúrgicos; atendimentos ambulatoriais; exames laboratoriais e diagnósticos; longa permanência.

Dito isto, a AGIR apresentou a seguinte produção para as Unidades de Saúde CRER e HUGOL, nos anos de 2017 a 2021, conforme seus respectivos contratos:

• **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER**

Contrato de Gestão n. 123/11 (vigência: 28/06/2011 a 28/06/2012)

- 1º Aditivo Contratual (vigência: 28/06/2012 a 28/06/2013)
- 2º Aditivo Contratual (vigência: 28/06/2013 a 27/06/2016)
- 5º Aditivo Contratual (vigência: 28/06/2016 a 27/09/2016)
- 6º Aditivo Contratual (vigência: 28/09/2016 a 27/03/2017)
- 7º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2017 a 27/03/2018)
- 8º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2018 a 27/03/2019)
- 9º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2019 a 27/03/2020)
- 10º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2020 a 27/03/2021)
- 11º Aditivo Contratual (vigência: 28/03/2021 a 27/03/2022)

Objeto: as partes firmaram o Contrato de Gestão n. 123/11 e seus respectivos aditivos mencionados acima, com o fim de estabelecer a parceria entre as contratantes, para o fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das ações, atividades e serviços de saúde no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

(atualmente, Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER), com a pactuação de indicadores de desempenho, e qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os serviços prestados compreendem atendimentos de reabilitação física, auditiva, visual e intelectual; alta complexidade em traumatologia-ortopedia; terapia nutricional; UTI adulto e pediátrica; atendimentos multiprofissionais; internação de pacientes adultos e pediátricos em unidade cirúrgica, clínica e de reabilitação; procedimentos cirúrgicos; atendimentos ambulatoriais; exames laboratoriais e diagnósticos.

Tabela 1. Média Mensal de Produção do CRER – jan a mar/2017.

Linha de Contratação	Média mensal de produção - Janeiro a Março/2017
Internações (paciente/dia)	3.361
Atendimento de Reabilitação (multiprofissional)	88.097
Atendimento Ambulatorial Médico	10.487
Cirurgias	465
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico- SADT	38.355
Oficina Ortopédica (Confecção de Órteses/Próteses)	1.444
Atendimento Odontológico	1.874

Tabela 2. Média Mensal de Produção do CRER – abr a dez/2017 a 2021.

Linha de Contratação	Média mensal de produção - Abril a Dezembro/2017 *	Média mensal de produção- 2018*	Média mensal de produção- 2019*	Média mensal de produção- 2020*	Média mensal de produção- 2021*
Internação (Saídas Hospitalares)	530	532	626	351	379
Atendimento Ambulatorial (médico e não- médico)	14.032	15.128	15.371	5.816	9.964
Atendimento Odontológico PNE	-	-	-	-	5.758
Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico-	15.414	17.948	24.730	10.147	12.372
Serviço de Atenção Domiciliar - SAD	49	49	52	51	55
Terapias Especializadas	27.543	28.105	28.686	13.674	27.468
Oficina Ortopédica (Confecção de Órteses/Próteses)	742	698	926	543	584
Cirurgias Eletivas	-	-	429	290	286
Próteses Auditivas	-	-	-	102	261

* Alteração nas metas e linhas de contratação no aditivo.

- **Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL**
Contrato de Gestão n. 003/2014 (vigência: 15/07/2014 a 15/07/2018)
 3º Aditivo Contratual (vigência: 01/10/2017 a 14/07/2018)
 4º Aditivo Contratual (vigência: 15/07/2018 a 14/07/2019)
 5º Aditivo Contratual (vigência: 15/07/2019 a 14/07/2020)
 6º Aditivo Contratual (vigência: 01/02/2020 a 14/07/2021)
 7º Aditivo Contratual (vigência: 15/07/2021 a 14/07/2022)

Objeto: as partes firmaram o Contrato de Gestão n. 003/2014 e seus respectivos aditivos mencionados acima, com o fim de estabelecer o compromisso de gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde, no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – HUGO 02, (atualmente, Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira - HUGOL, com a pactuação de indicadores de Desempenho e Qualidade, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Os serviços prestados compreendem atendimentos de alta complexidade em traumatologia-ortopedia; urgência e emergência adulto e pediátrica, sendo emergência clínica, cirúrgica e ortopédica; queimados; terapia

nutricional; UTI adulto, pediátrica e queimados; atendimentos multiprofissionais; internação de pacientes adultos e pediátricos; procedimentos cirúrgicos; atendimentos ambulatoriais; exames laboratoriais e diagnósticos.

Tabela 3. Média Mensal de Produção do HUGOL – 2017 a 2021.

Linha de Contratação	Média mensal de produção - 2017	Média mensal de produção - 2018*	Média mensal de produção - 2019*	Média mensal de produção - 2020*	Média mensal de produção - 2021*
Internação - Saídas Hospitalares	1.016	1.240	1.565	1.451	1.655
Atendimento à Urgência e Emergência	5.556	3.661	4.031	4.175	4.595
Atendimento Ambulatorial	80.836	4.299	4.690	4.173	5.191
Cirurgias	1.292	-	234	-	-
Cirurgias eletivas (alto giro/ cardíacas e neurocirurgia em 2021)	-	-	-	275	454
Procedimentos de Hemodinâmica	-	-	190	223	253
Serviço de Atenção Domiciliar -SAD	-	-	-	-	32

* Alteração nas metas e linhas de contratação no aditivo.

Atesta-se, por fim, a capacidade técnica e operacional da AGIR na administração das Unidades de Saúde gerenciadas, demonstrando bom nível de desempenho, atendimento às metas estabelecidas, bem como possuindo equipe titulada nas áreas assistenciais, cumprindo, em geral, suas funções quantitativas e qualitativas, e os Contratos de Gestão, até a presente data.

VINÍCIUS LÁZARO PEREGRINO DE OLIVEIRA

Gerente de Avaliação de Organizações Sociais

JOSÉ ROBERTO BORGES DA ROCHA LEÃO

Superintendente de Performance



Documento assinado eletronicamente por **VINICIUS LAZARO PEREGRINO DE OLIVEIRA, Gerente**, em 03/06/2022, às 19:40, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **JOSE ROBERTO BORGES DA ROCHA LEAO, Superintendente**, em 03/06/2022, às 19:44, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000030664529** e o código CRC **6552C007**.

GERÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
RUA SC 1 299, S/C - Bairro PARQUE SANTA CRUZ - GOIANIA - GO - CEP 74860-270 - (62)3201-7726,
email: gefic.saude@goias.gov.br



Referência: Processo nº 202200010032662



SEI 000030664529

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**TERMO ADITIVO**

DÉCIMO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 123/2011-SES/GO, CELEBRADO ENTRE O ESTADO DE GOIÁS, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E A ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE – AGIR.

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Praça Pedro Ludovico Teixeira, nº 01, Palácio das Esmeraldas, nesta capital, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SES-GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, ISMAEL ALEXANDRINO JÚNIOR, brasileiro, casado, médico, portador da CI/RG nº 4.147.614 DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 702.251.501-82, residente e domiciliado nesta Capital, e a **ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE – AGIR**, doravante denominada **PARCEIRO PRIVADO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04, estabelecida na Avenida Olinda c/ Avenida PL-3, nº 960, Parque Lozandes, Torre Business, 20º andar, Goiânia-GO, neste ato representada por LUCAS PAULA DA SILVA, brasileiro, economista, portador da CI/RG nº 4015294 DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 894.828.751-68, residente e domiciliado nesta Capital, decidem celebrar o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 123/2011-SES/GO**, para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, que se regerá pelas cláusulas abaixo e pelas disposições da Lei estadual nº 15.503, de 28/12/2005, e suas alterações, tendo em vista o que consta do processo administrativo nº 200900010015421.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente termo aditivo:

1.1.1. Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO, por 12 (doze) meses.

1.1.2. Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, com a consequente alteração dos Anexos Técnicos I, II, III, IV e V.

1.1.3. Readequação do valor do repasse mensal para o 11º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO com a consequente alteração do Anexo Técnico V – Sistema de Repasse, visando atender a complexidade dos serviços contratualizados.

1.1.4. Readequação do valor do repasse mensal referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do CRER, conforme disposto no Anexo Técnico II.

1.1.5. Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no CRER.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E CONTRATUAL

2.1. Os objetos deste instrumento contratual estão amparados na manifestação do PARCEIRO PRIVADO expressa por meio da CT nº 75809/2021 - SE (000018684873), no Despacho nº 93/2021 – GAOS (000018820643), no Despacho nº 656/2021 - GAOS (000022022053), no Despacho nº 604/2021-GAOS (000021712186), no Plano de Ação para Vigilância Epidemiológica Hospitalar (000021814595), nas Requisições de Despesa nº 215/2021 – GAOS (000021972199), nº 48/2021-GAOS (000021813738), e autorização do Senhor Secretário de Estado da Saúde nelas apostas, e se fundamenta no subitem 3.1.1 da Cláusula Terceira do 10º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO (000012407367), e na Lei estadual nº 15.503/2005.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA PRORROGAÇÃO

3.1. Fica prorrogado o prazo de vigência do Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO por 12 (doze) meses, compreendendo o período de **28 de março de 2021 a 27 de março de 2022**, condicionando sua eficácia à publicação de seu resumo na imprensa oficial.

3.1.1. O prazo constante no item 3.1. poderá ser renovado, desde que demonstrado que as metas pactuadas foram alcançadas, a adequação dos resultados e a aprovação das prestações de contas pelo PARCEIRO PÚBLICO.

3.2. O PARCEIRO PÚBLICO se compromete, até o último dia útil do mês de outubro de cada ano, a fazer uma avaliação sobre o progresso das ações previstas neste ajuste, as atividades pendentes de cumprimento e os recursos previstos para o período seguinte, e depois decidirá a respeito de sua continuidade.

3.3. Fica pactuado que o PARCEIRO PÚBLICO, a qualquer momento, poderá rescindir o presente ajuste se, em nome do interesse público, verificar o descumprimento dos princípios basilares da Administração Pública, com a aplicação das penalidades, assegurando ao PARCEIRO PRIVADO o direito ao contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA QUARTA – DA READEQUAÇÃO DO PLANO DE METAS DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

4.1. Fica acordado a readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, alinhadas ao perfil do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, buscando otimizar a eficiência e a eficácia da produção e a qualidade do atendimento, com a consequente alteração dos Anexos Técnicos anteriores, passando a integrar este Termo os seguintes anexos:

4.1.1. Anexo I - Especificações Técnicas e Descritivos de Serviços (000021054289), confeccionado pela Gerência de Atenção Terciária, Superintendência de Atenção Integral à Saúde.

4.1.2. Anexo II - Ensino e Pesquisa (000018742014), confeccionado pela Coordenação de Residência e Estágio Superintendência da Escola de Saúde de Goiás.

4.1.3. Anexo III - Gestão do Trabalho e de Pessoas (000018640359), confeccionado pela Gerência de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas, Superintendência de Gestão Integrada.

4.1.4. Anexo IV - Estimativa de Custeio Operacional (000022093074), confeccionado pela Gerência de Avaliação de Organizações Sociais, Superintendência de Performance.

4.1.5. Anexo V - Sistema de Repasse (000021706131), confeccionado pela Gerência de Avaliação de Organizações Sociais, Superintendência de Performance.

CLÁUSULA QUINTA – DA READEQUAÇÃO DO VALOR DO REPASSE PARA CUSTEIO DAS PARTES ASSISTENCIAL E DOS INDICADORES DE DESEMPENHO

5.1. Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Repasse, fica alterado as precificações e o valor do repasse global, para custeio operacional da unidade, valor este que corresponde as partes Assistenciais e os Indicadores de Desempenho. O valor do custeio operacional da unidade fica estimado em **R\$ 164.867.563,92** (cento e sessenta e quatro milhões, oitocentos e sessenta e sete mil, quinhentos e sessenta e três reais e noventa e dois centavos), conforme detalhado no Anexo V deste termo (000021706131), repassado da seguinte forma:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		
MÊS	VALOR ATÉ 6º MÊS	VALOR A PARTIR 7º MÊS
1	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
2	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
3	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
4	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
5	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
6	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16

CLÁUSULA SEXTA – DA READEQUAÇÃO DO VALOR PARA CUSTEIO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE DO CRER

6.1. Fica estabelecida a readequação do valor do repasse mensal para execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde do CRER, conforme Anexo Técnico II, na ordem mensal de R\$ 267.798,16 (duzentos e sessenta e sete mil setecentos e noventa e oito reais e dezesseis centavos), totalizando **R\$ 3.213.577,92** (três milhões, duzentos e treze mil quinhentos e setenta e sete reais e noventa e dois centavos) para o período de vigência do contrato, valor este somado ao montante do orçamento econômico-financeiro para o custeio da unidade hospitalar.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO REPASSE DE RECURSOS PARA O FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DOS NÚCLEOS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR - NVEH.

7.1. Fica estabelecido o repasse de R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), em parcela única, provenientes da Portaria nº 2.624/GM/MS (000016970284), de 28 de setembro de 2020, para custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme Plano de Ação apresentado pelo **PARCEIRO PRIVADO** (000021814595), que faz parte integrante deste Termo.

CLÁUSULA OITAVA – DO VALOR DO PRESENTE TERMO ADITIVO

8.1. O valor total do presente termo aditivo é estimado em R\$ 165.167.563,92 (cento e sessenta e cinco milhões, cento e sessenta e sete mil, quinhentos e sessenta e três reais e noventa e dois centavos), incluído o aporte de recursos para o custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do CRER, e o aporte de recursos para o custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH), assim discriminados:

DETALHAMENTO	PERÍODO	VALOR MENSAL R\$	VALOR TOTAL R\$
Aporte de recursos financeiros para o 11º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 123/2011-SES/GO.	Seis primeiros meses	14.556.797,16	87.340.782,96
Aporte de recursos financeiros para o 11º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão 123/2011-SES/GO	Sétimo mês e seguintes	12.921.130,16	77.526.780,96
Repasse de recursos financeiros provenientes da Portaria nº 2.624/GM/MS, de 28 de setembro de 2020, para custeio das ações de fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH).	Parcela única	-x-	300.000,00
TOTAL R\$			165.167.563,92

CLÁUSULA NONA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.1. As despesas oriundas do presente ajuste serão atendidas com os recursos discriminados nas notas de empenho e respectiva dotação orçamentária abaixo relacionada:

NOTA DE EMPENHO			
Nº	DATA	Nº SEI	VALOR R\$
00282	27/07/2021	000022337610	95.546.286,46
00077	07/10/2021	000024285737	300.000,00
TOTAL			95.846.286,46

Sequencial: 064 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde

Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2149	Atendimento Assistencial em Saúde
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte	100	Receitas Ordinárias
Modalidade Aplicação	90	Aplicações Diretas

Sequencial: 064 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	122	Administração Geral
Programa	4100	Encargos da Folha de Pagamento dos Servidores Públicos
Ação	4144	Folha de Pagamento dos Servidores Públicos
Grupo de Despesa	01	Pessoal e Encargos Sociais
Fonte	100	Receitas Ordinárias
Modalidade Aplicação	90	Aplicações Diretas

Sequencial: 90 DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA		
Descrição	Código	Denominação
Unidade Orçamentária	2850	Fundo Estadual de Saúde - FES
Função	10	Saúde
Subfunção	302	Assistência Hospitalar e Ambulatorial
Programa	1043	Saúde Integral
Ação	2167	Estratégia de Implantação e Implementação no Enfrentamento do Novo Coronavírus.
Grupo de Despesa	03	Outras Despesas Correntes
Fonte de Recurso	238	Transferência Fundo a Fundo - SUS
Modalidade de aplicação	90	Aplicação Direta

9.2. Para o próximo exercício as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos orçamentos-programas, ficando o PARCEIRO PÚBLICO obrigado a apresentar no início do exercício a respectiva nota de empenho estimativo e, havendo necessidade, emitir nota de empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

9.3. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa nas dotações orçamentárias de que trata o item 9.1. poderá ser substituída por outra, tanto de origem federal quanto de origem estadual, a que apresentar disponibilidade financeira.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

10.1. Ficam mantidas as demais cláusulas e disposições do Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO e seus aditivos, naquilo que não conflite com o pactuado no presente instrumento, que passa a fazer parte integrante daquele ajuste.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO

11.1. O presente termo aditivo será publicado por extrato no Diário Oficial do Estado, no Diário Oficial da União, bem como no sítio oficial da Secretaria de Estado da Saúde, correndo as despesas por conta do PARCEIRO PÚBLICO.

E por estarem acordes, assinam as partes para que produza seus jurídicos efeitos.

ANEXO DO TERMO ADITIVO

1 - DA CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM

1.1 - Qualquer disputa ou controvérsia relativa à interpretação ou execução deste ajuste, ou de qualquer forma oriunda ou associada a ele, no tocante a direitos patrimoniais disponíveis, e que não seja dirimida amigavelmente entre as partes (precedida da realização de tentativa de conciliação ou mediação), deverá ser resolvida de forma definitiva por arbitragem, nos termos das normas de regência da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA).

1.2 - A CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA) será composta por Procuradores do Estado, Procuradores da Assembleia Legislativa e por advogados regularmente inscritos na OAB/GO, podendo funcionar em Comissões compostas sempre em número ímpar maior ou igual a 3 (três) integrantes (árbitros), cujo sorteio se dará na forma do art. 14 da Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018, sem prejuízo da aplicação das normas de seu Regimento Interno, onde cabível.

1.3 - A sede da arbitragem e da prolação da sentença será preferencialmente a cidade de Goiânia.

1.4 - O idioma da Arbitragem será a Língua Portuguesa.

1.5 - A arbitragem será exclusivamente de direito, aplicando-se as normas integrantes do ordenamento jurídico ao mérito do litígio.

1.6 - Aplicar-se-á ao processo arbitral o rito previsto nas normas de regência (inclusive o seu Regimento Interno) da CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), na Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, na Lei nº 13.140, de 26 de junho de 2015, na Lei Complementar Estadual nº 144, de 24 de julho de 2018.

1.7 - A sentença arbitral será de acesso público, a ser disponibilizado no sítio eletrônico oficial da Procuradoria-Geral do Estado, ressalvadas as hipóteses de sigilo previstas em lei.

1.8 - As partes elegem o Foro da Comarca de Goiânia para quaisquer medidas judiciais necessárias, incluindo a execução da sentença arbitral. A eventual propositura de medidas judiciais pelas partes deverá ser imediatamente comunicada à CÂMARA DE CONCILIAÇÃO, MEDIAÇÃO E

ARBITRAGEM DA ADMINISTRAÇÃO ESTADUAL (CCMA), e não implica e nem deverá ser interpretada como renúncia à arbitragem, nem afetar a existência, validade e eficácia da presente cláusula arbitral.

2-DO PROGRAMA DE INTEGRIDADE OU COMPLIANCE

2.1 - A CONTRATADA deverá cumprir, no que couber, as exigências impostas pela Lei estadual nº 20.489/2019, que dispõe sobre a obrigatoriedade da implantação do Programa de Integridade das empresas que contratarem com a administração pública do Estado de Goiás.

2.2 - O Programa de Integridade meramente formal e que se mostre absolutamente ineficaz para mitigar o risco de ocorrência de atos lesivos da Lei nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, não será considerado para fim de cumprimento da Lei estadual nº 20.489/2019.

2.3 - Pelo descumprimento da exigência prevista na Lei estadual nº 20.489/2019, a administração pública do Estado de Goiás, aplicará à empresa CONTRATADA multa de 0,1% (um décimo por cento) por dia, incidente sobre o valor atualizado do contrato.

2.3.1 - O cumprimento da exigência estabelecida na Lei estadual nº 20.489/2019, mediante atestado da autoridade pública da existência e aplicação do Programa de Integridade, fará cessar a aplicação da multa.

ANEXO Nº I CRER - ALTERADO/2021 - GERAT- 18352 000021054289

Este anexo constitui parte integrante do presente Contrato e acrescenta cláusulas específicas para Contratos de Gestão celebrados com a Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). O objetivo é detalhar os diferentes aspectos relevantes para a execução do Contrato e prestação dos serviços descritos. O Anexo está dividido em três segmentos: **(I) Especificações Técnicas**, que normatizam a execução contratual na área da saúde; **(II) Metas de produção**, que define as premissas técnicas de execução e estabelece metas quantitativas para este contrato; **(III) Indicadores e Metas de Qualidade/ Desempenho** que mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

I- ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS E DESCRITIVO DE SERVIÇOS

1. O PARCEIRO PRIVADO deverá:

1.1. Aderir e alimentar o sistema de informação a ser disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para monitoramento, controle e avaliação de resultados. O objetivo é permitir a migração automática de dados assistenciais e financeiros diretamente do sistema de informação de gestão hospitalar adotado pelo PARCEIRO PRIVADO, por meio de interface eletrônica a ser disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde;

1.2. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), seguindo os critérios da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

1.3. Manter equipe médica de assistência horizontal, no período diurno, nos moldes de médico "hospitalista", por especialidade médica, garantindo o cuidado de todos os pacientes internados, independentemente do acompanhamento de um especialista e dos médicos plantonistas do hospital. As altas hospitalares e prescrições médicas devem ser disponibilizadas até às 10h00 (manhã), sob orientação/execução do médico hospitalista (diarista);

1.4. Adotar identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, servidores públicos e colaboradores, assim como manter o controle de frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

1.5. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores a terminologia "Secretaria de Estado da Saúde de Goiás", bem como, os logotipos do SUS e do Hospital;

1.5.1. É vedado às organizações sociais em saúde o uso de quaisquer de seus símbolos, logomarcas, nomes e imagens digitais ou mecânicas em placas, outdoors, papéis gráficos, convites eventos, reuniões, bens imóveis e móveis (ex.: veículos, mobiliários, equipamentos, cobertores, embalagens) que lhe foram cedidos em uso, adquiridos ou custeados com recursos públicos para a gestão de unidade pública de saúde do Estado de Goiás;

1.6. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à Secretaria de Estado da Saúde e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no HOSPITAL, observando, contudo às Resoluções do Conselho Federal de Medicina vigente;

1.7. Serão de inteira responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ela prescrita que não estejam disponíveis na tabela SUS- SIGTAP;

1.7.1. Sempre que o PARCEIRO PÚBLICO for demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, os seus valores serão cobrados do PARCEIRO PRIVADO, por meio de dedução nos valores de custeio do Contrato de Gestão repassados pelo PARCEIRO PÚBLICO;

1.7.2. Fica assegurado ao PARCEIRO PÚBLICO o direito de descontar das faturas devidas ao PARCEIRO PRIVADO, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia do mesmo;

1.7.3. Quando o PARCEIRO PRIVADO fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao PARCEIRO PÚBLICO.

1.8. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada;

1.9. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

1.10. Consolidar a imagem do HOSPITAL como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

1.11. Estabelecer, implementar e disponibilizar "on line" à SES/GO o Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde que atendam às disposições da RDC 02 e NBR 15943:2011, sendo de sua responsabilidade a manutenção preventiva, corretiva, calibração e qualificação dos equipamentos médico-hospitalares e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral por meio de contratos com empresas idôneas e certificadas de manutenção predial, manutenção de equipamentos e de engenharia clínica cujo uso lhe fora permitido;

1.11.1. Estar formalmente descritas, divulgadas e compreendidas as atribuições e responsabilidades profissionais do responsável pelas atividades de gerenciamento de equipamentos de saúde e de infraestrutura de saúde. As atividades são de responsabilidade de profissional de nível superior, com registro e certificados de acervo técnico no respectivo conselho de classe, de acordo com as competências profissionais definidas na legislação vigente, com conhecimento comprovado na área.

1.12. Devolver à Secretaria de Estado da Saúde, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, conforme Termo de Permissão de Uso;

1.13. Disponibilizar a informação oportuna dos usuários atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando seus dados contendo no mínimo: nome, nome da mãe, data de nascimento, RG e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

1.14. Em relação aos direitos dos usuários, o PARCEIRO PRIVADO obriga-se a:

a. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes/usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei.

b. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação.

- c. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar a participação em estudos clínicos voltados para a pesquisa científica, assim como em atividades de ensino que ocorram nas dependências do hospital.
- d. Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- e. Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.
- f. Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.
- g. Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- h. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários.
- i. Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso.
- j. Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no HOSPITAL, nas internações de crianças, adolescentes, gestantes e idosos.
- k. Garantir atendimento indiferenciado aos usuários.
- l. Informar sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- m. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:
- Nome do usuário.
 - Nome do Hospital.
 - Localização do Hospital (endereço, município, estado).
 - Motivo da internação (CID-10).
 - Data de admissão e data da alta.
 - Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.
 - Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta.
 - O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".
 - Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar.
 - Arquivar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.
- 1.15. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como do ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da Secretaria de Estado da Saúde;
- 1.16. Garantir o pleno acesso da Ouvidoria SUS aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade;
- 1.17. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;
- 1.18. Realizar, quadrimestralmente, Pesquisa de Satisfação do Usuário/Acompanhante, por meio da metodologia Net Promoter Score (NPS), com envio de seus resultados para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;
- 1.19. Mensurar mensalmente Taxa de Absenteísmo dos colaboradores da Unidade Hospitalar de forma global e segmentada por vínculo (estatutário e celetista);
- 1.20. Instalar um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO, de fácil acesso, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela Secretaria de Estado da Saúde, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de Ouvidoria exigido pelo Sistema Único de Saúde;
- 1.21. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à Secretaria de Estado da Saúde, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;
- 1.22. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do HOSPITAL, sem a prévia ciência e aprovação da Secretaria de Estado da Saúde;
- 1.23. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos Técnicos deste Contrato;
- 1.24. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, compartilhando esta informação em regime semanal com o Complexo Regulador Estadual e incluindo esse dado nos relatórios gerenciais do hospital;
- 1.25. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Interno de Regulação – NIR, que será responsável pela regulação efetiva do acesso de pacientes encaminhados por outras Unidades de Saúde do Estado, por meio da Central de Regulação Estadual, para a Unidade Pública de Saúde em comento. O NIR oferecerá informação mensal sobre o acesso de pacientes;
- 1.26. Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas e Comitês:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;

- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS).

1.27. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar – NVEH, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico;

1.28. Implementar e manter um Núcleo de Engenharia Clínica responsável pelo gerenciamento de equipamentos de saúde e de um Núcleo de Manutenção Geral responsável pelo gerenciamento dos equipamentos de infraestrutura de saúde que atendam às disposições da RDC 02, NBR 5410, NBR 13534 e NBR 15943;

1.29. Em relação ao Gerenciamento de Tecnologias em Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter durante a vigência deste contrato um Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde para atender e adequar o Hospital na Resolução RDC nº 02/2010, da ANVISA, bem como a NBR 15943:2011 e as demais resoluções;

1.30. Como parte do Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá manter o inventário técnico dos equipamentos médico-hospitalares atualizado, bem como o registro histórico de todas as intervenções realizadas, garantindo a sua rastreabilidade. O inventário técnico e o registro histórico dos equipamentos médico-hospitalares devem ser arquivados pelo tempo que os equipamentos estiverem em utilização sob responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO, acrescido pelo menos de 02 (dois) anos;

1.31. Como parte do acompanhamento e supervisão dos equipamentos de saúde, o PARCEIRO PRIVADO deverá fornecer senha e login do seu software de gerenciamento, com acesso aos relatórios de intervenções técnicas, como também, ao registro histórico destes para subsidiar o processo de controle por parte do PARCEIRO PÚBLICO. O acesso ao software não desobriga o PARCEIRO PRIVADO à encaminhar os relatórios trimestrais com as informações solicitadas acima à Secretaria de Estado da Saúde a fim de acompanhar/supervisionar o processo de gerenciamento dos equipamentos de saúde;

1.32. Considerando a necessidade de realização de levantamento radiométrico e controle de qualidade de equipamentos de radiodiagnóstico sob o seu gerenciamento na referida Unidade, o PARCEIRO PRIVADO deverá supervisionar o cumprimento dos requisitos mínimos necessários para o Programa de Controle de Qualidade para Equipamentos de Radiodiagnóstico, conforme exigência da ANVISA, por meio da Portaria Ministerial 453/98, bem como a NBR ISO 17025;

1.33. O PARCEIRO PRIVADO deverá implantar o Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás para melhoria dos processos de doação de órgãos e tecidos para transplantes, objetivando o aumento do número de notificações de morte encefálica e morte por parada cardiorrespiratória e a efetivação de doadores, gerando consequentemente, o aumento no número de captações de órgãos e tecidos para transplantes, de acordo com as Portarias GM/MS 2.600, de 21/10/2009, nº 3.490, de 12/11/2010 e 1.032, de 04/05/2011;

1.34. A Gerência de Transplantes da Secretaria de Estado da Saúde acompanhará o cumprimento da implantação do Incentivo ao Sistema Estadual de Transplantes de Goiás, através dos seguintes indicadores:

- Óbitos por Morte Encefálica: Nº de óbitos por morte encefálica, Nº de notificações de óbitos por morte encefálica, Nº de doações efetivas de Múltiplos órgãos.
- Óbitos (exceto Morte encefálica): Nº de óbitos, Nº de notificações de óbitos, Nº de doações efetivas de tecidos, Nº de óbitos com contra indicações absolutas para doação de tecidos.

1.35. O PARCEIRO PRIVADO deverá implementar e/ou adequar a metodologia tecnológica utilizada em seus sistemas de gestão de saúde de forma a possibilitar a criação de de um repositório de informações único de como instrumento de gestão, controle, tomada de decisão acerca dos recursos empregados nas atividades operacionais e correspondente prestação de contas para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás em face dos contratos de gestão firmados, de acordo com Portaria 1046/2019 - SES/GO, de 03 de dezembro de 2019

1.36. O rol de leis e normas sanitárias nos quais a gerência da Unidade Hospitalar deverá se apoiar, dentre outras, observando suas atualizações, são:

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei Nº 12.845, de 01 de agosto de 2013, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
- Lei Nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
- Norma Regulamentadora MTE Nº 32, sobre segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- Portaria de Consolidação Nº 3 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo VI (Origem PRT MS/GM Nº 793/2012), institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e Anexo III Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE),
- RDC ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
- RDC ANVISA Nº 34, de 11 de junho de 2014, dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue.
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO II DO Sangue, Componentes e Hemoderivados;
- Portaria de Consolidação Nº 5 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde PT MS Nº 529, de 01 de abril de 2013, e RDC ANVISA Nº 36 da ANVISA, de 25 de julho de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ações em serviços de saúde.
- PRT GM/MS Nº 2.254, de 05 de agosto de 2010, institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar.
- PRT SVS/MS Nº 453, de 1º de junho de 1998, aprova o Regulamento Técnico que estabeleça as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso dos raios-x diagnósticos em todo território nacional e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 4 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Origem PRT MS/GM Nº 204/2016 - define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.
- RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que regulamenta planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada.

- RDC Nº 51, de 06 de outubro de 2011, que estabelece os requisitos para a análise, avaliação e aprovação dos Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde a serem, avaliados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).
- Resolução COFEN Nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.
- RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, da ANVISA, que regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXIV Política Nacional de Atenção Hospitalar. (Origem: PRT MS/GM 3390/2013, Art. 1º).
- Portaria MS nº1631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH.
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNHAH) define critérios e parâmetros de caráter qualitativo.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade - Anexo XXXI.
- Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Do Incentivo Financeiro de Custeio para a Manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Seção V.
- Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica - Anexo XXXII.
- RDC ANVISA Nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.
- Resolução CFM Nº 2.174, de 14 de dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.
- RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe dos requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.
- Portaria de Consolidação nº 3 - de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Título X – do Cuidado Progressivo ao Paciente Crítico do Cuidado Progressivo.
- PT Nº 44, de 10 de janeiro de 2001, que trata do Hospital Dia.
- RDC/ANVISA nº 63/2011, de 25/11/2011, Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- RDC/ANVISA nº 2/2011, de 25/01/2010, Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde;
- RDC/ANVISA nº 20/2014, de 10/04/2014, Dispõe sobre o regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano;
- Resolução CFM nº 1.886, de 21 de novembro de 2008, que dispõe sobre as normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência.
- Portaria nº1.399, de 17 de dezembro de 2019, que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.
- Portaria nº 1046/2019 – SES/GO, de 03 de dezembro de 2019, estabelece que as unidades da Secretaria de Estado da Saúde adotem em seus sistemas de gestão hospitalar padrões de interoperabilidade baseados na tecnologia HTML 5, adotando medidas de segurança, criptografia, integridade e autenticidade.
- Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (Programa Brasil Sorridente).
- Política de Atenção à Saúde Bucal do Estado de Goiás (PASB-GO), aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (Resolução nº 014/2008), implantada pela SES/GO (Portaria n 28/2009), que definiu a reorganização da Atenção em saúde Bucal no Estado de Goiás.
- Portaria nº 1032 de 05 de maio de 2010, Tabela de Procedimentos, Próteses, Órteses, Medicamentos, e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Resolução nº 162 de 2015 e nº 163 de 2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), que versa sobre a atuação do Cirurgião Dentista em ambiente hospitalar.
- Resolução 203 de 2015 e nº 204 de 2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), que vem alterar e complementar as resoluções anteriores.

1.37 Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida;

1.38 O PARCEIRO PRIVADO deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação;

1.39. O PARCEIRO PRIVADO será responsável pelos serviços de gestão, totalmente digital, de emissão de laudos de exames de diagnóstico por imagem: radiodigênóstico, ressonância magnética, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia – conforme a presença destes recursos/equipamentos nas unidades hospitalares sob gestão do Estado e sob gerenciamento das Organizações Sociais, consistindo na coleta, transmissão, processamento e análise da imagem, bem como no laudo assinado, digitalmente, por meio de médico especialista.

1.40. Quanto a assistência hemoterápica/hematológica deverá:

1.40.1. Providenciar a estruturação e funcionamento de uma Agência Transfusional na unidade;

1.40.2. Providenciar a inclusão do serviço de hemoterapia no rol de atividades/serviços autorizados pela Vigilância Sanitária (constar no alvará sanitário);

1.40.3. Realizar os procedimentos hemoterápicos/hematológicos necessários ao atendimento das necessidades terapêuticas dos pacientes, em conformidade com o perfil da unidade e atendendo à legislação vigente;

1.40.4. Executar as ações na área de sangue, componentes e hemoderivados, estabelecidas pela SES-GO (unidade de comando e direção da política estadual).

1.40.5. Respeitar as Políticas Estadual e Nacional do Sangue, Hemocomponentes e Derivados, as decisões e determinações da SES-GO e suas áreas específicas, no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica, bem como a legislação vigente.

1.40.6. Assegurar a organização, administração e gerenciamento da Agência Transfusional, utilizando técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção de estrutura física e de equipamentos, além do provimento de insumos (materiais), medicamentos e demais itens necessários à garantia do seu pleno funcionamento.

1.40.7. Atender às necessidades terapêuticas dos usuários, com assistência humanizada, primando pela melhoria da qualidade e garantia da segurança transfusional.

1.40.8. Respeitar e cumprir ao que for estabelecido nas políticas específicas relacionadas a hemoterapia/hematologia, pactuações firmadas pela SES com os municípios e/ou outras unidades de saúde, bem como a Programação Pactuada Integrada- PPI/SES em Hemoterapia, Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) e outros que envolvam a prestação de serviços hemoterápicos pela unidade, atendendo ao que determinar a SES-GO.

1.40.9. Manter quadro de pessoal técnico habilitado e capacitado para o desempenho das funções, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados, bem como participar dos treinamentos ofertados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO. Deverá cumprir o que estabelecem

as Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais e demais normas afins.

1.40.10. Identificar as necessidades de treinamento dos servidores da Agência Transfusional, levando em consideração a identificação de problemas de desempenho, necessidade de novas habilidades, conhecimentos ou atitudes em relação ao trabalho ou a equipe. A partir desse levantamento, definir o planejamento para o programa de treinamentos (Educação Permanente).

1.40.11. Realizar a capacitação de recursos humanos, atendendo aos critérios estabelecidos pela SES, com vistas a garantir a qualidade do sangue e componentes na assistência hemoterápica.

1.40.12. Possuir Responsável Técnico médico regularmente registrado no Conselho de Medicina e com treinamento no Hemocentro Coordenador, de forma a atender a legislação vigente.

1.40.13. Adequar qualitativamente e quantitativamente a produção à demanda por serviços hemoterápicos da unidade e da região de saúde em que está inserida, conforme definir a SES-GO, de forma atender a 100% das necessidades.

1.40.14. Executar os procedimentos necessários para cumprimento de ações do plano diretor de sangue, componentes e hemoderivados, que se relacionem a unidade e região de saúde.

1.40.15. A unidade deverá, quando necessário e autorizado pela SES, realizar a distribuição de hemocomponentes para outros serviços de saúde, inclusive com a realização dos respectivos testes imunohematológicos pré-transfusionais, caso seja necessário.

1.40.16. Caso necessário e definido pela SES-GO, armazenar hemoderivados e medicamentos estratégicos encaminhados pelo Hemocentro Coordenador e/ou pela SES-GO, utilizá-los quando necessário aos pacientes e realizar sua distribuição para os portadores de coagulopatias ou outras doenças hematológicas, atendendo aos fluxos e planejamento estabelecidos pela SES-GO.

1.40.17. Dispor de sistema de informática para registros e gerenciamento dos procedimentos relacionados ao uso dos hemocomponentes (armazenamento/estoque, testes pré-transfusionais, transfusão, expurgo etc). O Sistema de informática da AT deverá permitir a interface bidirecional, com o compartilhamento de dados, entre a Agência Transfusional, o serviço público fornecedor de hemocomponentes e Sistema de Prontuários/Registros informatizados indicados pela SES-GO. Caberá à Contratada a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas e programas devidamente licenciados.

1.40.18. Alimentar e monitorar os bancos de dados dos sistemas de informações na área de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, definidos pela SES e sob sua responsabilidade.

1.40.19. Oferecer assistência ambulatorial complementar (exceto em unidades que não tenham atendimento ambulatorial) às pessoas portadoras de doença falciforme, outras hemoglobinopatias e coagulopatias, com estrutura para realização dos procedimentos terapêuticos definidos nos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS.

1.40.20. Prover a manutenção predial, hidráulica, elétrica, telefonia e rede lógica.

1.40.21. Possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimentos escritos, atualizados e assinados pelo diretor/responsável técnico. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos na assistência, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos compatíveis.

1.40.22. Monitorar o funcionamento da Agência Transfusional, garantindo a qualidade dos hemocomponentes, bem como proporcionar todo o assessoramento para que esse objetivo seja atingido e aplicar medidas corretivas que sanem eventuais problemas de ordem técnica, organizacional e operacional.

1.40.23. Implementar protocolos para hemovigilância e retrovigilância na Agência Transfusional, devendo para tanto inclusive, manter a interface e realizar as ações e procedimentos relacionados junto ao serviço fornecedor e com aqueles para os quais distribui hemocomponentes.

1.40.24. Realizar todos os testes laboratoriais/imunohematológicos para atender a demanda transfusional e necessidades da AT, incluindo os testes de Controle de Qualidade estabelecidos na Legislação vigente.

1.40.25. Executar/participar de ações e programas especiais definidos pela SES no âmbito da assistência hemoterápica e hematológica.

1.40.26. Possuir e manter em pleno funcionamento o Comitê Transfusional Multidisciplinar.

1.40.27. Manter atuante, na Agência Transfusional, os seguintes programas:

- Programa de Controle da Qualidade Interno.
- Programa de Avaliação Externa da Qualidade.
- Programa de Treinamento e Educação Permanente

1.40.28. Manter sempre atualizado os respectivos prontuários dos pacientes e o arquivo considerando os prazos previstos na legislação.

1.40.29. Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos procedimentos realizados pela Agência Transfusional.

1.40.30. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar a prestação de serviços hemoterápicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal, boas práticas laboratoriais e protocolos clínicos estabelecidos.

1.40.31. Garantir a confidencialidade, segurança, preservação e sigilo dos dados e informações relativas aos usuários, atendendo a legislação vigente.

1.40.32. Prover manutenção preventiva, manutenção corretiva, qualificação e calibração de equipamentos, de acordo com as recomendações dos fabricantes, as boas práticas, garantia da qualidade, recomendações da SES-GO, legislação vigente, mantendo suas adequadas condições de funcionamento, bem como de armazenamento dos hemocomponentes.

1.40.33. Todos os equipamentos do serviço de hemoterapia deverão ser colocados em uso para os fins a que se destinam e não poderão ser destinados a outros locais ou outros fins e nem removidos da unidade sem prévia autorização da SES-GO, inclusive e especialmente aqueles adquiridos com uso de recursos federais.

1.40.34. Possuir programa de qualidade que contemple o serviço de hemoterapia, inclusive mantendo todos os procedimentos, protocolos, manuais e registros atualizados nos termos da legislação vigente, e apresenta-los prontamente sempre que solicitados pela SES-GO.

1.40.35. Adotar as recomendações e/ou orientações emanadas do serviço fornecedor de hemocomponentes e da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS/SES-GO, quanto aos procedimentos técnicos, documentais e de registros, atendendo sempre a legislação, bem como prestar informações sobre o uso e estoque de hemocomponentes sempre que solicitado pelo fornecedor e/ou pela SES-GO.

1.40.36. Em situações especiais, a Agência Transfusional deverá receber e armazenar adequadamente, nos limites de sua capacidade, hemocomponentes enviados por outro serviço, em contingência, se assim determinar a SES-GO.

1.41 Buscar pela habilitação dos serviços realizados com auxílio da **ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA** e conforme as diretrizes do SUS.

2. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

2.1. O PARCEIRO PRIVADO atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia.

2.2. O Serviço de Admissão do PARCEIRO PRIVADO solicitará aos pacientes, ou aos seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO.

2.3. Em caso de hospitalização, o PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a internar paciente, no limite dos leitos contratados e do seu perfil assistencial instalado, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago ou incompatibilidade de perfil clínico, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que o PARCEIRO PRIVADO, em decorrência da assinatura deste Contrato, presta serviços de assistência à saúde, por meio do Complexo Regulador Estadual e/ou Central de Regulação Municipal de Goiânia.

2.4. O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO serão efetuados através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.5. O PARCEIRO PRIVADO fica obrigado a manter um serviço de Plantão Controlador Interno, com número telefônico e endereço eletrônico exclusivo, coordenado por médico indicado pela Diretoria Técnica, destinado a receber, nas 24 horas/dia, sete dias por semana, as solicitações da Complexo Regulador Estadual e/ou Central de Regulação Municipal de Goiânia de modo a manter um canal permanente de comunicação e aperfeiçoar o sistema de informações sobre vagas e serviços disponíveis no hospital, com tempo de resposta em no máximo 01 (um) hora.

2.6. O PARCEIRO PRIVADO deverá executar semestralmente uma pesquisa de satisfação independente, pesquisando a satisfação do usuário com relação aos serviços prestados no Hospital, após a compilação dos dados, esta deverá ser enviada para a equipe Técnica SES, para avaliação da assistência prestada.

3. DESCRIÇÃO DA UNIDADE

3.1. Identificação da Unidade

- **Nome:** Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER
- **CNES:** 2673932
- **Endereço:** Avenida Vereador Jose Monteiro, nº1655, Bairro Negrão de Lima CEP:74653230, Goiânia – Goiás.
- **Tipo de Unidade:** uma unidade de referência que oferece atendimento especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual.
- **Gerência da Unidade:** Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- **Funcionamento:** 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual e/ou Central de Regulação Municipal de Goiânia

3.2. Capacidade Instalada

3.2.1. Estrutura

3.1.1 O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER possui 136 leitos gerais e 40 leitos complementares, de UTI adulto, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Descrição	Quantidade até 6º mês	Quantidade a partir de 7º mês
Clínica Cirúrgica	74	73
Clínica Médica	26	32
Reabilitação	0	51
Clínica Covid	36	0
UTI Adulto	20	20
UTI Adulto Covid	20	0
Leitos Assistenciais Totais	176	176
Salas Cirúrgicas	8	8
Consultórios Ambulatoriais	50	50
Box de Pequenos Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	6	6
Ginásio de Terapias	7	7
Piscinas de Hidroterapias	4	4
Oficina Ortopédica	1	1
Centro de Diagnóstico	1	1
Laboratório de Marcha	1	1

3.2.1.2. O hospital deverá estruturar sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência deverá ser realizado por serviço público de hemoterapia de maior complexidade. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelecer a SES-GO.

3.2.1.3. O serviço de hemoterapia integrará a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia (REHEMO) e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO, inclusive da Superintendência de Atenção Integral à Saúde/Gerência de Atenção Terciária/Coordenação da Hemorrede, especialmente quanto a assistência hemoterápica e hematológica.

3.2.1.4. O Serviço de hemoterapia deverá atender a demanda por realização de procedimentos hemoterápicos da unidade e deverá, sempre que necessário e autorizado pela SES-GO, realizar a distribuição de hemocomponentes a outros serviços de saúde, atendendo a legislação vigente. Nesse contexto, havendo necessidade, deverão ser realizados os testes pré-transfusionais para distribuição de hemocomponentes a outros serviços.

3.2.1.5. Com a estruturação da Agência Transfusional, o fornecimento de hemocomponentes deverá ser realizado por serviço de hemoterapia público, definido pela SES-GO, após manifestação da Coordenação da Hemorrede/GERAT/SAIS e Gestão Estadual do Sangue/SAIS.

3.2.1.6 A distribuição física poderá ser adequada pelo PARCEIRO PRIVADO, com anuência prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando, sempre, a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

3.3 Perfil da Unidade

3.3.1. O Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER caracterizado como Hospital Especializado de Alta e Média Complexidade, uma unidade de referência para o atendimento especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual. Possui leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI). Atualmente a Unidade funciona 24 horas e realiza atendimentos de média e alta complexidade.

3.3.2. As internações são predominantemente clínicas, porém também existem internações cirúrgicas alinhadas ao perfil da Unidade.

4. DEFINIÇÃO DOS SERVIÇOS

4.1. Linhas de Serviços

4.1.1. Para o funcionamento do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER serão consideradas as seguintes linhas de serviços;

a) Internação:

- a.a) Saídas de Clínica
- a.b) Saídas Cirúrgicas
- a.c) Saídas Reabilitação
- a.d) Internações em leitos de UTI adulto
- a.e) Internações em leitos de UTI covid *
- a.f) Saídas enfermarias covid *

b) Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada: consultas médica e multiprofissionais em ambulatório.

c) Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da rede de saúde e que foram regulados para a Unidade.

4.1.2. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõem a Linha de Serviços para efeito de metas, porém o **PARCEIRO PRIVADO** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário e informar mensalmente a produção realizada.

4.2. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

4.2.1. A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí **todos** os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).

4.2.1.1. Será de inteira responsabilidade pelo **PARCEIRO PRIVADO:** o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP ou outra tabela que vier a substituí-la.

4.2.1.2. Observado o disposto no parágrafo anterior, na hipótese do **PARCEIRO PRIVADO** ser demandado judicial e/ou administrativamente para o fornecimento de materiais, medicamentos, órteses e próteses que não estejam na tabela SUS-SIGTAP, será regressivamente cobrado do **PARCEIRO PRIVADO** os valores correspondentes.

4.2.1.3. Fica assegurado ao **PARCEIRO PÚBLICO** o direito de descontar das faturas devidas ao **PARCEIRO PRIVADO**, os valores correspondentes ao ressarcimento de que trata o parágrafo anterior, mediante notificação prévia ao **PARCEIRO PRIVADO**.

4.2.1.4. Quando o **PARCEIRO PRIVADO** fornecer materiais, medicamentos, órteses e próteses por ele prescrito e que não estejam disponíveis na tabela do SUS-SIGTAP, o mesmo deverá informar o fato ao **PARCEIRO PÚBLICO**.

4.2.2. A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento.

4.2.3. Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares.

4.2.4. No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:

- a) Assistência por equipe médica especializada.
- b) Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação.
- c) Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- d) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação.
- e) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas.
- f) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação.
- g) Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação.
- h) Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral.
- i) Assistência por equipe médica, equipe multiprofissional especializada, incluído médico diarista para cobertura horizontal no período diurno em todas as áreas de internação do hospital (médico hospitalista).
- j) Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia.
- k) Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos.
- l) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS).
- m) Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário.
- n) Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000).
- o) Sangue e hemoderivados.
- p) Fornecimento de roupas hospitalares.
- q) Procedimentos especiais para pacientes hospitalizados, como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da instituição.
- r) Garantir a realização das cirurgias, evitando cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente.
- s) Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.

4.2.5. ODONTOLOGIA HOSPITALAR

4.2.5.1. Odontologia Hospitalar - Pacientes internados

4.2.5.1.1. A odontologia hospitalar pode ser definida como conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar. Seu foco principal é o atendimento em saúde bucal ao paciente em nível terciário.

4.2.5.1.2. Odontologia hospitalar tem como escopo garantir a integralidade de ações em saúde para pacientes internados pelo SUS e/ou para pacientes que apresentem manifestações decorrentes na cavidade oral da doença ou da terapia em âmbito hospitalar, inserindo, para tanto, o profissional de saúde bucal na equipe multidisciplinar de atendimento hospitalar.

4.2.5.1.3. Essa atenção é essencial sabendo que muitas alterações de saúde, manifestam-se, inicialmente, na cavidade oral, o que faz com que a odontologia hospitalar seja de suma importância para pacientes hospitalizados, atuando na prevenção e o controle de doenças de acordo com os protocolos de cuidados orais na saúde dos pacientes, garantindo a resolutividade das atividades assistenciais

4.2.5.2. Odontologia Hospitalar ao PNE - Vagas para pacientes externos

4.2.5.2.1. A Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, é a especialidade que tem por objetivo a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controle dos problemas de saúde bucal de pacientes que tenham alguma alteração no seu sistema biopsicossocial e compreende todo usuário que apresente uma ou mais limitações, temporárias ou permanentes, de ordem mental, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica, que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

4.2.5.2.2. O Tratamento Odontológico para Pacientes Especiais, procedimento incluído pela Portaria 1.032, de 05 de maio de 2005, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional. Esse serviço também está de acordo com a Política de Atenção à Saúde Bucal do Estado de Goiás (PASB-GO), aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (Resolução n. 014/2008) e implantada pela SES/GO (Portaria n. 28/2009), que definiu a reorganização da Atenção em saúde Bucal no Estado de Goiás.

4.2.5.2.3. Critérios para a referência dos Serviços Odontológicos: A oferta desse serviço deverá ser via sistema de regulação do município de Goiânia e /ou Complexo Regulador Estadual, e os procedimentos odontológicos devem ser realizados em centro cirúrgico, após avaliação médica prévia, com sedação - anestesia geral, com equipe multidisciplinar, para paciente menores de 13 anos, conforme os critérios abaixo:

- a. Pacientes com movimentos involuntários que coloquem em risco sua integridade física;
- b. Pacientes com história médica e condições complexas que necessitem de atenção especializada;
- c. Pacientes com sofrimento mental que apresentem dificuldade de atendimento nas unidades da rede de saúde, após, no mínimo, duas tentativas frustradas
- d. Pacientes com deficiência mental ou outros comprometimentos, que não respondem a comandos, não-cooperativos, após duas tentativas frustradas de atendimento nas unidades da rede de saúde;
- e. Pacientes com patologias sistêmicas crônicas, endócrino-metabólicas, alterações genéticas e outras quando associadas ao distúrbio de comportamento;
- f. Pacientes com doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central, quando houver a impossibilidade de atendimento, como Mal de Alzheimer, Síndrome de Parkinson e outras;
- g. Pacientes com autismo;
- h. Pacientes com outras situações não descritas que podem ser pactuadas com o serviço de referência e definidas pelo nível local, mediante relatório detalhado e assinatura do profissional.

4.3. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

4.3.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada

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

4.3.1.2. As consultas ambulatoriais compreendem:

- a. Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso.
- b. Interconsulta.
- c. Consultas subsequentes (retornos).

4.3.1.3. Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual** ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.3.1.4. Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida.

4.3.1.5. Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.3.1.6. Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

4.3.1.7. Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes.

4.3.1.8. O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando em consideração a necessidade e a demanda reprimida da Região de Saúde. Pontua-se, ainda, que esta avaliação deverá ser realizada semestralmente, e que o **PARCEIRO PRIVADO** responsável pela administração da unidade terá 45 dias para realizar a modificação solicitada com relação as especialidades ofertadas.

4.3.1.9. Esclarece-se que, mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo de consultas não ultrapassará o limite de consultas totais propostas no contrato de gestão**, ocorrendo somente um ajuste de especialidades e/ou de tipos de consultas. As especificações citadas ocorrerão através do Plano Operativo que será formalizado posteriormente entre SAIS/SES e **PARCEIRO PRIVADO**.

4.3.1.10. O Plano Operativo é um instrumento que integrará todos os ajustes entre SES/GO e PARCEIRO PRIVADO, o mesmo deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato de gestão, a definição de oferta de serviços, fluxo de serviços e pactuação de metas. O Plano Operativo trará especificações como as especialidades médicas e multiprofissional que irão compor o quadro de pessoal da Unidade, bem como os tipos de consultas (primeira /interconsulta /retorno) das especialidades que serão ofertadas, o mesmo estabelecerá a carteira de serviços da Unidade de Saúde. O Plano Operativo será reavaliado semestralmente, ou quando se fizer necessário para a equipe técnica da SES/GO e PARCEIRO PRIVADO.

4.4. CIRURGIAS PROGRAMADAS

4.4.1. Consideram-se as Cirurgias Programadas as intervenções que abrangem as cirurgias de médio e alto porte, sob efeito de anestesia e de diferentes especialidades, em pacientes que não estejam em internação hospitalar, ou seja, excetuam-se aqui as cirurgias de pacientes em atendimentos de urgência.

4.4.2. Os pacientes poderão ser provenientes de demanda externa ao hospital bem como de consulta ambulatorial de pacientes já acompanhados pelo hospital. Em ambos os casos, todas as cirurgias programadas devem ser reguladas pela Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual.

4.5. SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

4.5.1. O hospital deverá disponibilizar vagas de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pela Central de Regulação Municipal de Goiânia e/ou Complexo Regulador Estadual, no limite da capacidade operacional do SADT.

4.5.2. Os Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados são:

Análises Clínicas	Espirometria	Otoemissões
Bera (Brainstem Evoked Response Audimetry)	Fluoroscopia	Raio-x
Ecocardiograma	Imitanciometria	Ressonância Magnética

0867

Eletrocardiograma	Laboratório de Marcha	Tomografia Computadorizada
Eletroneuromiografia	Mamografia	Ultrassonografia com Doppler Colorido

4.6. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

4.6.1. O CRER está credenciado a realizar Serviço de Atenção Domiciliar pela Portaria GM/MS nº 1.280, de 20 de novembro de 2013, que habilita e incentiva financeiramente os estabelecimentos de saúde possibilitando a adoção de equipes multiprofissionais de atenção domiciliar - EMAD e equipe multiprofissional de apoio - EMAP.

4.6.2. O Serviço de Atenção Domiciliar - SAD oferece atenção domiciliar à pacientes com dificuldades motoras e politraumatizados, grande incapacitado, que necessitam de intervenções multiprofissionais e que estejam em condições de serem assistidos em domicílio. Este serviço é direcionado somente para pacientes provenientes da área de internação do CRER.

4.7. TERAPIAS ESPECIALIZADAS

4.7.1 No âmbito da reabilitação, as Terapias Especializadas são ofertadas para pacientes que estejam em regime de internação, assim como para aqueles procedentes do atendimento ambulatorial da instituição. A equipe multidisciplinar é formada pelo corpo médico e profissionais das seguintes áreas: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, musicoterapia, neuropsicologia, nutrição, odontologia, pedagogia, psicologia e terapia ocupacional.

4.8. OFICINA ORTOPÉDICA

4.8.1. A Oficina Ortopédica fixa recebe as demandas de pacientes provenientes do ambulatório e internação do CRER e constitui-se em serviço de confecção de aparelhos de aplicação terapêutica (órteses, próteses e materiais especiais - OPME), sob prescrição médica. Após a indicação da OPME pelo profissional habilitado, são feitas a retirada de medidas e moldes, fabricação, ajustes e readaptação do paciente após a OPME dispensada.

4.8.2. O CRER possui um Projeto Especial denominado Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre, conforme preconizado pela Portaria SAS/MS 793/2012 e 835/2012. Trata-se de um componente de atenção especializada da rede de cuidados à pessoa com deficiência e constitui-se como uma unidade de saúde itinerante vinculada a uma Oficina Ortopédica Fixa, cujo objetivo principal é promover o acesso a órteses e próteses, além de adaptações, ajustes e pequenos consertos nas OPME já utilizadas pelas populações que residem em locais sem acesso à Oficina Ortopédica Fixa.

4.8.3. Essa oficina é composta por um caminhão adaptado especificamente para esse fim. Este arranjo de atendimento propõe dispensar até 2.400 dispositivos ortopédicos (órteses e próteses) por ano, dentre o portfólio destes produtos no âmbito do SUS, contemplando neste volume ainda, itens não presentes na tabela SUS de procedimentos, como órteses de posicionamento para membros superiores.

4.8.2.1. Responsabilidades do Estado e Municípios:

ESTADO	MUNICÍPIOS
Articular com os municípios para divulgação do serviço	Apoio de rede elétrica para funcionamento do caminhão (instalação elétrica com rede trifásica por profissional habilitado)
Apresentar a demanda efetiva	Ponto de apoio para pernoite do caminhão
Propor as cidades escolhidas que divulguem o atendimento nos municípios circunvizinhos	Os municípios disponibilizarão estrutura mínima de consultórios para atender os pacientes, banheiros e higiene do caminhão
A SES/GO deverá garantir que os pacientes cheguem triados e com encaminhamento do profissional habilitado	O processo de reabilitação física com a OPM deverá ser de responsabilidade da equipe dos municípios

4.8.2.2. Tipos e Quantidades de Itens Produzidos

4.8.2.2.1. A quantidade dos produtos que serão disponibilizados no Projeto: Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre incluem 200 unidades para cada regional de saúde por atendimento. Os itens incluem coletes ortopédicos, órteses, próteses, calçados para pés neuropáticos pré fabricados, calçados confeccionados sob medida e palmilhas ortopédicas. Todavia, o quantitativo poderá atingir 2.400 itens por ano conforme disposto no item 2.8.2 deste Anexo.

4.8.2.3. Municípios de abrangência do Projeto Considerando o desconhecimento da demanda efetiva dos municípios do Estado, o projeto deverá atender todos os municípios do estado de Goiás, por meio de cada região de saúde, onde o local de atendimento poderá ser a cidade pólo ou outra cidade da microrregião de saúde, de acordo com a articulação pelos departamentos responsáveis do Governo de Goiás.

4.8.2.4. Cronograma de Operação Logística

4.8.2.4.1. A operação logística seguirá o rito abaixo:

- Atendimento para avaliação das prescrições, tomada de moles e medidas, além de realização de pequenos ajustes e manutenções, conforme agenda de atendimento definida. O mesmo poderá ocorrer em uma unidade de saúde do município sede do atendimento, preferencialmente um CER (Centro Especializado em Reabilitação), durante cinco dias;
- Após tomadas as medidas, os produtos serão confeccionados na oficina ortopédica fixa, considerando a capacidade operacional instalada;
- Em aproximadamente 60 dias, o serviço retornará ao município para a realização da entrega, que também durará cinco dias, onde serão provados, ajustados e entregues os dispositivos confeccionados.
- As viagens preconizarão a logística de saúde do CRER em uma segunda-feira pela manhã e retorno à Instituição na sexta-feira da mesma semana, evitando que os colaboradores permaneçam fora de seus domicílios aos finais de semana;
- As articulações com os municípios da região de saúde que receberão o atendimento deve ser feita com antecedência adequada para que estes possam informar a demanda local previamente, bem como organizarem as comunicações e viagens devidas, uma vez que todos os pacientes atendidos devem portar a prescrição do produto a ser atendido;
- A data de entrega será agendada para um período aproximado de 60 dias para viabilizar a confecção dos produtos. Este prazo está condicionado ao ajuste de agendas, considerando os atendimentos já marcados de medidas e entregas.

4.9. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

4.9.1. Caso, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre o contratante, o **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, novos serviços, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

5. CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5.1. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará à Secretaria de Estado da Saúde toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada. As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- a. Relatórios contábeis e financeiros, em regime mensal.
- b. Relatórios referentes aos Indicadores de Produção e de Desempenho, em regime mensal.
- c. Relatório de Custos, em regime trimestral.
- d. Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

6. PROPOSTA DE MELHORIAS

- 6.1. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá apresentar, a qualquer tempo, proposta de melhoria e/ou ampliação de serviços na Unidade. A proposta deverá contemplar o cronograma de aplicação e estimativa do orçamento discriminado para o investimento, observando-se as normas da SES/GO, Portaria nº 253/2020 ou outra norma vigente.
- 6.2. Para todo e qualquer projeto, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar as justificativas técnicas pertinentes, os projetos arquitetônicos e complementares, número mínimo de 03 (três) orçamentos, e cronograma de aplicação, o que deverá ser submetidos à análise da SES/GO, para validação e autorização quanto à execução pelo **PARCEIRO PRIVADO**.
- 6.3. Após aprovação do projeto pela SES/GO, serão repassados para o **PARCEIRO PRIVADO**, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários.
- 6.4. Os valores atinentes aos investimentos serão definidos em procedimento específico, onde será pormenorizada a necessidade, emitido parecer técnico, demonstrada a compatibilidade do preço ao praticado no mercado, detalhado o valor e o cronograma de repasse.
- 6.5. Na hipótese de conclusão de ampliação de estrutura física durante a vigência do contrato de gestão, o **PARCEIRO PÚBLICO** revisará as metas atinentes à ampliação do serviço e o custeio estimado para a operacionalização do Hospital pelo **PARCEIRO PRIVADO**.

II - METAS DE PRODUÇÃO

7. REGRA GERAL

- 7.1. São apresentados os indicadores e as metas de produção contratualizados com o **CRER** para o período de 12 meses, referentes aos serviços assistenciais e correspondem a 90% do percentual do custeio do repasse mensal.
- 7.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Produção, que estão relacionados à QUANTIDADE de assistência oferecida aos usuários do **CRER**.
- 7.3. A produção realizada deve ser encaminhada até o dia 10 do mês subsequente, em instrumento para registro de dados de produção definidos e padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/GO). Todavia, nada obsta que o **PARCEIRO PÚBLICO** solicite informações adicionais em prazo diverso ao aqui definido para monitoramento, avaliação ou elaboração de relatórios.

7.4. São considerados como Metas de Produção, determinantes do pagamento da parte fixa, os seguintes critérios:

7.4.1. Internações Hospitalares

- a.) Saídas de Clínica
- b) Saídas Cirúrgicas
- c) Saídas de Reabilitação

7.4.2. Cirurgias Programadas

7.4.3. Consultas Ambulatoriais (CRER)

- a) consulta médica na atenção especializada
- b) consulta multiprofissional na atenção especializada

7.4.4. **Terapias Especializadas:** sessões em terapias especializadas.

7.4.5. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

7.4.6. **Oficina Ortopédica:** fixa, itinerante e próteses auditivas

7.4.7. **SADT Externo:** Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertado à Rede Assistencial.

Dimensão	Descrição	Meta até 6º mês	Meta a partir do 7º mês	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	617	658	7.650
	Clínica Médica	56	69	750
	Reabilitação	0	44	264
	Covid-19 enfermaria	70	0	420
Cirurgias	Cirurgias Programadas	617	658	7.650
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	11.535	11.535	138.420
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	4.732	4.732	56.784

	Atendimento Odontologia PNE - Consulta	48	48	576
	Atendimento Odontologia PNE- Procedimentos	120	120	1440
Serviço de Atenção Domiciliar	Atendimentos do Serviço de Atenção Domiciliar	60	60	720
Terapias Especializadas	Sessões Especializadas	30.699	30.699	368.388
Oficina Ortopédica	Fixa/Itinerante	990	990	11.880
	Próteses auditivas	263	263	3.156
SADT EXTERNO	Ecocardiograma / USG/ Doppler	392	392	4.704
	Eletrocardiograma	137	137	1.644
	Eletroencefalograma	60	60	720
	Eletroneuromiografia	184	184	2.208
	Espirometria	661	661	7.932
	Laboratório de Análises Clínica	14.609	14.609	175.308
	Mamografia	104	104	1.248
	Radiologia	458	458	5.496
	Ressonância Nuclear Magnética	451	451	5.496
	Tomografia Computadorizada	971	971	11.652

7.5. Internações Hospitalares

7.5.1. A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente saídas cirúrgicas, saídas de Clínica Médica e saídas reabilitação com variação de $\pm 10\%$, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados no SUS, distribuídos da seguinte forma:

Internação (saídas hospitalares)	Meta mensal até 6º mês	Meta mensal a partir do 7º mês	Meta Anual (12 meses)
Saídas Cirúrgicas	617	658	7.650
Saídas Clínicas Médica	56	69	750
Saídas Reabilitação	0	44	264
Saídas Covid enfermária	70	0	420

7.5.2. Em situações excepcionais, quando o **PARCEIRO PRIVADO** fizer parte de acordos ou convênios para atendimento especializado à população privada de liberdade, o que poderá impactar na meta de atendimento global da unidade hospitalar, ante a variação do tempo médio de permanência hospitalar, geralmente mais elevado destes pacientes, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar o **PARCEIRO PÚBLICO** da demanda, encaminhando documentação comprobatória, para que o mesmo avalie o impacto na meta e acate as considerações pertinentes.

8. CIRURGIAS PROGRAMADAS

8.1. O hospital deverá realizar um número anual de cirurgias programadas que lhe sejam referenciadas, com variação de até 10%.

Cirurgias Programadas	Meta Mensal até 6º mês	Meta Mensal a partir do 7º mês	Meta Anual (12 meses)
Total	617	658	7.650

9. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

9.1. O hospital deverá realizar consultas médicas e consultas multiprofissionais, mensais, com variação de até 10%.

Atendimento Ambulatorial	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Consulta Médica	11.535	138.420

0870

Consulta Multiprofissionais	4.732	56.784
-----------------------------	-------	--------

9.2. O hospital deverá realizar, mensalmente, 48 consultas Odontológicas de PNE e realizar 120 procedimentos odontológicos, com variação de até 10%.

Atendimento	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Odontologia PNE		
Consulta	48	576
Procedimentos	120	1440

10. TERAPIAS ESPECIALIZADAS

10.2. O hospital deverá realizar, mensalmente, 30.699 sessões especializadas, com total de 368.388 sessões anuais, com variação de até 10%.

Terapias Especializadas	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Sessões	30.699	368.388

11. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

11.1 O hospital deverá realizar, mensalmente, 60 atendimentos em atenção domiciliar, com variação de até 10%.

Serviço de Atenção Domiciliar	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Atendimentos	60	720

12. OFICINA ORTOPÉDICA

12.1 O hospital produzirá, mensalmente, 990 itens (órteses, próteses e materiais especiais - OPME) e dispensará 263 próteses auditivas, com variação de até 10%.

Oficina Ortopédica	Meta Mensal	Meta Anual (12 meses)
Fixa	990	11.880
Itinerante		
Próteses auditivas	263	3.156

13. SADT EXTERNO

13.1. O hospital deverá disponibilizar vagas de SADT Externo à Rede Assistencial, de acordo com fluxos estabelecidos pelo Complexo Regulador Estadual e/ou Municipal de Goiânia, no limite da capacidade operacional do SADT, com variação de até 10%.

Dimensão	Peso	Meta mensal	Meta total 12 meses
SADT Externo	Eco/USG/Doppler	392	4704
	Eletrocardiograma	137	1.644
	Eletroencefalograma	60	720

Eletroneuromiografia	184	2.208
Espirometria	661	7.932
Laboratório de Análises Clínicas	14.609	175.308
Mamografia	104	1.248
Radiologia	458	5.496
Ressonância Nuclear Magnética	451	5.412
Tomografia Computadorizada	971	11.652

13.2. O serviço de imagiologia do CRER atenderá a demanda interna, ou seja, os usuários do próprio hospital; e a demanda externa, quais sejam os usuários encaminhados para a unidade tão somente para a realização do exame de apoio.

13.2.1. Os exames internos não compõem meta própria, pois já são previstos em outros serviços contratados: **internações hospitalares, cirurgias, e/ou ambulatório**, isso porque a internação deve contemplar todas as necessidades do paciente/usuário.

13.2.2. Não será estabelecida meta de produção de exames externos para todos os tipos de exames. Porém toda a produção deverá ser informada mensalmente à SES, separadamente, para efeito de monitoramento dos encaminhamentos solicitados e o que foi executado pelo hospital.

13.2.3. Em situações de imprevistos, em que os aparelhos instalados em determinada unidade apresentem falha operacional sem previsão de conserto, os encaminhamentos externos poderão ser referenciados para outra Unidade da Rede, cuja produção será acompanhada pela Superintendência do Complexo Regulador em Saúde do Estado, Superintendência de Performance e Superintendência de Atenção Integral à Saúde, podendo, quando em excedente, gerar o repasse de custeio a título de ressarcimento, desde que previamente autorizado pelo Gestor da Pasta e devidamente comprovada a produção.

III - INDICADORES DE DESEMPENHO

14. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

14.1. Os indicadores de desempenho devem ser encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela SES/GO, até o dia 10 (dez) de cada mês.

14.2. O quadro a seguir apresenta os indicadores para a avaliação e valoração a cada trimestre:

Indicadores de Desempenho	Meta
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥80 %
Taxa Média de Permanência Hospitalar	≤ 12 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	<72
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤ 20%
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	< 5%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais - (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

14.2.1. Taxa de Ocupação Hospitalar

Conceituação: Relação percentual entre o número de pacientes-dia, em determinado período, e o número de leitos-dia no mesmo período. Taxa de ocupação muito baixa (abaixo de 75%) pode indicar: inadequação do número de leitos à região; baixa integração do hospital à rede de saúde, com dificuldade de acesso; falha no planejamento ou na gestão do hospital (ineficiência); insatisfação da clientela.

Fórmula: [Total de Pacientes-dia no período / Total de leitos operacionais-dia do período] x 100

14.2.2. Média de Permanência Hospitalar (dias)

Conceituação: Relação entre o total de pacientes-dia no período e o total de pacientes egressos do hospital (por altas, transferência externa e ou óbitos no mesmo período). Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior ou complicação pré ou pós-operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente.

Fórmula: [Total de pacientes-dia no período / Total de saídas no período]

14.2.3. Índice de Intervalo de Substituição (horas)

Conceituação: Assinala o tempo médio em que um leito permanece desocupado, entre a saída de um paciente e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

Fórmula: [(100-Taxa de ocupação hospitalar) x Média de tempo de permanência] / Taxa de ocupação hospitalar]

14.2.4. Taxa de Readmissão Hospitalar (em até 29 dias)

Conceituação: O indicador de Readmissão Hospitalar mede a taxa de pessoas que retornaram ao hospital em até 29 dias desde a última vez que deixaram a unidade hospitalar após a primeira admissão. Esse indicador avalia a capacidade progressiva do serviço em ajudar na recuperação de forma tão eficaz quanto possível. Quanto menor for a reincidência de internação, ou seja, quanto menor for a readmissão potencialmente evitável, melhor é considerado o atendimento prestado pela unidade hospitalar. Readmissões desnecessárias indicam elementos disfuncionais no sistema de saúde, acarretam riscos indevidos aos pacientes e custos desnecessários ao sistema. Internações por câncer e obstetrícia são excluídas, pois podem integrar o plano de cuidado do paciente.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [Número de pacientes readmitidos entre 0 e 29 dias da última alta hospitalar / Número total de internações hospitalares] x 100

14.2.5. Taxa de Readmissão em UTI em até 48 horas (Readmissão Precoce em UTI)

Conceituação: Mede a taxa de pacientes que retornaram à UTI do mesmo hospital em até 48 horas desde a última vez que deixaram a UTI da unidade hospitalar após a primeira admissão. Trata-se de indicador de qualidade da assistência e pode refletir a qualidade de cuidado baixa e/ou altas precoces da UTI.

O acompanhamento do indicador deve ser realizado mensalmente e a avaliação de acordo com o resultado acumulado do ano.

Fórmula: [No de retornos em até 48 horas/ No de saídas da UTI, por alta] x 100

14.2.6. Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH

Conceituação: Mede a relação de procedimentos rejeitados no Sistema de Informações Hospitalares em relação ao total de procedimentos apresentados no mesmo Sistema, no período.

Fórmula: [Total de procedimentos rejeitados no SIH / total de procedimentos apresentados no SIH] x 100

14.2.7. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas à organização da Unidade.

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionadas à organização da Unidade, tais como falta de vaga na internação, erro de programação, falta de exame pré operatório, por ocorrência de cirurgia de emergência, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

Observação: excluídas as causas relacionadas ao paciente.

14.2.8. Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (apresentar os mapas cirúrgicos) causas relacionadas ao paciente

Conceituação: Mede o total de cirurgias programadas que foram suspensas, por motivos relacionados ao paciente, tais como não realizou jejum, absenteísmo, não suspendeu o medicamento, sem condições clínicas, em relação ao total de cirurgias agendadas, no período.

Fórmula: [No de cirurgias programadas suspensas/No de cirurgias programadas (mapa cirúrgico)] x 100

14.2.9 Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)

Conceituação: monitora e avalia reações adversas a medicamentos (RAM) seja ela leve, moderada ou grave pelo farmacêutico. Considera-se ideal a notificação e classificação de RAMs quanto à sua gravidade, seguidas do seu monitoramento. Este indicador deverá considerar todas as reações adversas a medicamentos, independente do local da ocorrência.

Fórmula: [Nº de pacientes com RAM avaliada quanto à gravidade/ Nº total de pacientes com RAM] x 100

14.2.10 Razão do quantitativo de consultas ofertadas

Conceituação: Nº de consultas Ofertadas em relação ao número de consultas propostas nas metas da unidade por um dado período (mês).

Fórmula: Número de consultas ofertadas/ número de consultas propostas nas metas da unidade.

14.2.11 Percentual de exames de imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias.

Conceituação: Proporção de exames de imagem com resultado liberado em até 10 dias (tempo entre a realização do exame de imagem e a liberação do resultado).

Fórmula: [Número de exames de imagem entregues em até 10 dias / total de exames de imagem realizados no período multiplicado] X 100.

14.2.12 Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS

Conceituação: Analisa a satisfação dos usuários do SUS em relação ao atendimento prestado pela unidade hospitalar.

Fórmula: [Número de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS / total de atendimentos realizados mensalmente] x 100.

Importante: para todos os indicadores, considera-se "período" o mês fechado.

ANEXO Nº II - ENSINO E PESQUISA /2021 - CRE- 18903 000018742014

2. ENSINO E PESQUISA

- 2.1. As atividades de ensino e pesquisa são fundamentais para a ampliação e qualificação da Atenção à Saúde oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) devendo estar em conformidade com as exigências dos Ministérios da Educação (MEC) e da Saúde (MS).
- 2.2. Têm por objeto a formação de profissionais de saúde especializados para atuação nas Redes de Atenção à Saúde do SUS no Estado de Goiás, como uma estratégia de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.
- 2.3. Em se tratando de unidade nova de saúde, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na Instituição sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015, de 24 de março de 2015, que Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE) e alterações posteriores, proporcionando condições adequadas ao seu funcionamento.
- 2.4. Em se tratando de unidade de saúde já em funcionamento no Estado de Goiás, o **PARCEIRO PRIVADO** deverá proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados às comissões assessoras obrigatórias, conforme disposto no artigo anterior.
- 2.5. É fundamental e imprescindível a manutenção das atividades de ensino, pesquisa e extensão pelo **PARCEIRO PRIVADO**, que deverá solicitar Certificação como Hospital de Ensino junto os Ministérios da Saúde e Educação, atendendo à Portaria Interministerial MEC/MS nº 285/2015 e alterações posteriores, quando existentes.
- 2.6. As unidades hospitalares e/ou ambulatoriais vinculadas ao Estado de Goiás poderão funcionar como cenário de prática para as Residências Médicas, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, bem como campo de estágio, mediante ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.
- 2.7. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá também outras atividades de Ensino e Pesquisa, ofertando campos de práticas para estágios de cursos tecnólogos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior, conveniadas com a SES/GO.
- 2.8 O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional (PSO), conforme determina a Portaria n. 70/2017-GAB/SES-GO, devendo garantir a realização dos exames e atestados de saúde ocupacional de residentes médicos e multiprofissionais em saúde que estejam em exercício nas unidades geridas por OS, no momento da contratação.
- 2.9. A Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG) formula, coordena e gerencia a abertura e execução tanto dos Estágios como dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.
- 2.10. O **PARCEIRO PRIVADO** será responsável por incentivar a realização de pesquisas científicas, disponibilizando a estrutura necessária para tal.
- 2.11. O **PARCEIRO PÚBLICO** realizará o acompanhamento, monitoramento e fiscalização das atividades de ensino e pesquisa realizadas na Unidade Hospitalar e/ou Ambulatorial, por meio das áreas técnicas competentes da SESG, o que poderá incluir visitas técnicas à Instituição.
- 2.12. Em caso de descumprimento das regras contidas nas orientações referentes ao Ensino e Pesquisa, poderão ser aplicadas as sanções contratuais previstas, tais como notificação, advertência, suspensão do Ajuste, até rescisão do mesmo, resguardada a plena defesa e contraditório para o **PARCEIRO PRIVADO**.
- 2.13. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.
- 2.14. As funções e atribuições dos preceptores e tutores da Residência Multiprofissional e em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.
- 2.15. A carga horária dos Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores é regulamentada por Portarias da SES-GO.
- 2.16. Cabe ao **PARCEIRO PRIVADO** manter o quantitativo adequado de coordenadores, supervisores, preceptores e tutores conforme normas legais disciplinares.
- 2.17. Caso o **PARCEIRO PRIVADO** precise realizar a substituição dos docentes (Supervisores, Preceptores, Tutores e Coordenadores) de sua unidade, durante a execução dos Programas de Residência Médica, Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, a mesma deverá ser informada previamente à SESG/SES-GO, bem como deverá ser realizada uma transição mínima de 60 (sessenta) dias entre o docente que deixará a função e aquele que a assumirá.

3. DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA DA SAÚDE

- 3.1. Os hospitais estaduais e/ou unidades ambulatoriais gerenciados por Organizações Sociais, **PARCEIROS PRIVADOS**, são considerados, entre outras unidades de saúde, como campos de prática para os Programas de Residências em Saúde.
- 3.2. O Contrato de Gestão que regulamenta o ajuste entre o **PARCEIRO PRIVADO** e o Governo do Estado de Goiás também estabelece os parâmetros e normatizações para as atividades de ensino e pesquisa, assim como os repasses financeiros destinados a essas atividades.
- 3.3. Cabe à SESG formular, coordenar, gerenciar a abertura e execução dos Programas de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde no âmbito da SES-GO em parceria com a Organização Social.
- 3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** desenvolverá Residência Médica em programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica/Ministério da Educação (CNRM/MEC) e Programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional de Saúde (CNRM/MEC), sendo priorizado o padrão de excelência e a qualidade da formação, com a definição adequada do número de tutores para cada área profissional, assim como o quantitativo pertinente de preceptores e um Coordenador por Programa.
- 3.5. A residência, considerada o padrão ouro da especialização, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos e demais profissionais de saúde, sob a forma de curso de especialização.
- 3.6. Possibilita a capacitação sistemática, a qualificação dos serviços ofertados e a educação continuada. Deve funcionar em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme a categoria profissional que se deseja formar.
- 3.7. Os Programas de Residência Médica e Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde poderão ser estabelecidos por meio de Termo Aditivo, após análise prévia, estabelecida a concordância entre o **PARCEIRO PÚBLICO** e o **PARCEIRO PRIVADO**, momento em que se definirá, por exemplo, a(s) área(s) de concentração, o quantitativo de vagas a serem ofertadas em cada área, e a titulação mínima dos profissionais (Supervisor, Coordenador, Tutores e Preceptores) que estarão vinculados ao Programa.

3.8. As vagas disponíveis nos Programas de Residência serão preenchidas exclusivamente por meio de Processo Seletivo Público, com publicação de edital específico, em conformidade com as disposições legais vigentes.

3.9. O Processo Seletivo será conduzido por parceiro conveniado (pelo Centro de Seleção da UFG) e acompanhado pela SESG por meio da assessoria das Comissões: Residências Médicas (COREMES), Residência Multiprofissionais e em Área Profissionais de Saúde (COREMU).

3.10. O servidor que esteja no efetivo exercício das funções de supervisor ou coordenador de programa, preceptor e tutor, fará jus ao recebimento de gratificação correspondente a 15% (quinze por cento) sobre o vencimento inicial do cargo do grupo ocupacional em que estiver posicionado se efetivo, conforme preceitua a Lei Estadual nº 18.464/2014, de 13 de maio de 2014, e seu equivalente se contratado pelo regime celetista.

3.11. As bolsas de Residência Médica da SES-GO são financiadas pelo MS e SES-GO. A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da SES-GO tem suas bolsas financiadas exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O valor de ambas é definido em portaria interministerial (MEC/MS).

4. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

4.1. Os programas desenvolvidos nos hospitais gerenciados por **PARCEIRO PRIVADO** deverão atender os requisitos dos Programas de Residência Médica definidos pela Resolução nº 02 - Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), de 17 de maio de 2006, bem como atentar-se para as demais resoluções da CNRM vigentes.

4.2. O Programa de Residência Médica, quando cumprido integralmente em uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão "residência médica" só pode ser empregada para programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

4.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Médica (COREME) da unidade, colaborando para o bom andamento dos trabalhos realizados e assegurará o funcionamento administrativo e a autonomia da mesma na gestão das atividades acadêmicas.

4.4. A COREME deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador, devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica, bem como um secretário/técnico administrativo, em cumprimento à Resolução CNRM nº 2/2013, de 03 de julho de 2013.

4.5. O cargo de preceptor da Residência Médica terá a atribuição de orientar diretamente os residentes no programa de treinamento. O critério adotado é a proporção de 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes, com carga horária de 20 (vinte) horas semanais, ou 01 (um) preceptor para cada 06 (seis) residentes com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais (conforme consta na Resolução CNRM nº 02/2005).

4.6. Quando cabível, competirá ao **PARCEIRO PRIVADO**, por meio da COREME, buscar, com o apoio da SESG, a substituição das bolsas atualmente pagas pela SES/GO por bolsas pagas pelo Ministério da Saúde ou Educação, concorrendo em Editais específicos para tal.

4.7. As COREMES deverão avaliar os seus Programas de Residência Médica, semestralmente, por meio da métrica *Net Promoter Score* (NPS) remetendo os resultados, via protocolo junto ao Sistema Eletrônico de Informação (SEI!), ao setor técnico da SESG/SES/GO para acompanhamento e monitoramento dos dados.

4.7.1. A Matriz de Competências de cada especialidade, estabelecida pelo MEC, deverá ser contemplada de forma integral, informando no relatório o nome do preceptor responsável por cada eixo. Acesso às Matrizes de Competência: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>

4.8. As avaliações de que tratam o item anterior deverão ser encaminhadas para a SESG/SES/GO até o dia 30 do mês subsequente ao fechamento do semestre.

4.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, os Programas de Residência Médica listados no Quadro 01, bem como o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRM/MEC.

Quadro 01. Demonstrativo dos Programas de Residência Médica do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER

Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER	Coordenador	Supervisor	Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
Anestesiologia	1	1	6	9	9
Medicina Física e Reabilitação		1	10	15	15
Otorrinolaringologia		1	4	6	6
Radiologia e diagnóstico por imagem		1	10	15	15
TOTAL		1	4	30	45

4.10. Devido à natureza acadêmica e não apenas administrativa dos PRM, todas as mudanças e decisões que envolvam os mesmos, incluindo a movimentação de campos de prática, de preceptores, supervisores e coordenadores de COREME deverão ser comunicadas de forma imediata às COREMES das unidades e serão finalizadas com participação efetiva da SESG, após fiscalização e aprovação dos novos cenários propostos.

5. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

5.1. A Instituição sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO** funcionará como cenário de práticas para Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais de Saúde, desenvolvidas pela SES/GO e gerenciadas pela SESG.

5.2. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde deverão ser executados em conformidade com as diretrizes e resoluções interministeriais (MEC/MS), por meio da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), sendo priorizado o padrão de excelência e qualidade da formação.

5.3. Os referidos Programas atenderão às normas e disposições da SES/GO e do parceiro conveniado (IES que certifica os PRAPS/SES-GO).

5.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá garantir a execução do Projeto Pedagógico (PP) de cada Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (PRAPS).

5.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, nos hospitais e/ou unidades ambulatoriais sob seu gerenciamento, estrutura física com sala, equipamentos e mobiliários adequados, recursos humanos e materiais para a instalação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais de Saúde (COREMU local) da unidade, assegurando o funcionamento administrativo da mesma.

5.6. A COREMU Local é a estrutura administrativa e executora, específica por programa e Unidade Assistencial, composta por docentes que exercerão as funções de Coordenador, Tutor e Preceptor. Deverá contar, ainda, com um servidor administrativo.

5.7. As funções e atribuições dos coordenadores, preceptores e tutores da Residência em Área de Saúde obedecem à Resolução CNRMS Nº 002/2012, de 13 de abril de 2012 e alterações posteriores quando existentes.

5.8. O Coordenador da COREMU local será, necessariamente, um profissional da saúde (exceto médico), com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos na área de formação, atenção ou gestão em saúde.

5.9. O tutor é o profissional responsável pela atividade de orientação acadêmica de Preceptores e Residentes, exercida por profissional com formação mínima de Mestre, e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria dos PRAPS/SES-GO deverá ser estruturada em Tutoria de Núcleo e Tutoria de Campo, tendo cada Tutor suas funções definidas:

a) Tutor de Núcleo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de cada categoria profissional, desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes.

b) Tutor de Campo: desempenhará orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos Preceptores e Residentes, no âmbito do campo do conhecimento, integrando os saberes e práticas das diversas profissões que compõem a área de concentração do PRAPS.

5.10. Preceptor: profissional com titulação mínima de especialista, responsável pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos Residentes nas Unidades Assistenciais onde se desenvolve o PRAPS (atua como intermediador entre a equipe local e os Residentes), exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de Especialista. Deverá ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar.

5.10.1 Preceptor Colaborador: servidor ativo vinculado à Unidade Assistencial, excepcionalmente designado para atuar como colaborador, por necessidade de desenvolvimento do PRAPS, mediante justificativa fundamentada do Coordenador do programa, com base no Projeto Pedagógico do PRAPS e acatado, em conjunto, pela COREMU/SESG, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos Profissionais da Saúde Residentes em cenários de ensino e aprendizagem. Deverá ter titulação mínima de especialista e ser, obrigatoriamente, da mesma área profissional do Residente que irá acompanhar. O Preceptor Colaborador não será remunerado pelo exercício da função.

5.11. O Coordenador da COREMU Local deverá ser eleito dentre os profissionais da instituição executora que compõem as áreas afins do PRAPS, que apresentem perfil conforme exigências da legislação da CNRMS. O nome do profissional eleito deverá ser informado à COREMU/SESG para ciência, aprovação por meio da verificação de conformidade do perfil apresentado por este com o exigido pela CNRMS, e posterior encaminhamento às instâncias superiores para medidas oficiais cabíveis.

5.12. Para o desempenho da função de Preceptor e Tutor deverá ocorrer seleção ou indicação entre os profissionais em exercício na Unidade Assistencial, respeitando-se os requisitos exigidos para a função, conforme estabelecido nas normativas da CNRMS e no Regimento Interno da COREMU/SESG.

5.13. A seleção ou indicação de Preceptores e Tutores deverá ser realizada por comissão composta pelo Coordenador e por um representante da COREMU Local, e pelo Diretor de Ensino e Pesquisa (DEP) ou setor correspondente da Unidade Assistencial, ou, ainda, alguém de sua indicação. O resultado final deverá ser comunicado à Coordenação da COREMU/SESG para ciência e validação.

5.14. A seleção de preceptores e tutores deverá levar em conta o perfil do profissional quanto a sua formação humanística, ética, compromisso com a sociedade, conhecimentos, habilidades, atividades didáticas, participação em congressos, produção técnica-científica e como profissional em exercício na instituição.

5.15. Nos PRAPS/SES-GO a proporção de preceptores adotada é de no mínimo 02 (dois) preceptores para cada 03 (três) residentes. Deve ser garantido também 01 (um) tutor por área profissional de cada programa com carga horária de 30 (trinta) horas semanais. Profissionais Odontólogos nas respectivas funções de Coordenador e de Tutor dos PRAPS, área de concentração Bucomaxilofacial, cumprirão carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais, conforme legislação específica para esta categoria.

5.16. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter em sua estrutura um Coordenador de Programa, um tutor para cada área profissional e o quantitativo de preceptores descrito no Quadro 02.

Quadro 02. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional, Área de Concentração Saúde Funcional e Reabilitação - CRER

Programa de Residência em Saúde Funcional e Reabilitação	Coordenador	Tutor		Preceptor	Nº de Residentes	Bolsa SES/GO
		Campo	Núcleo			
Enfermagem	01	01	01	03	04	0
Fisioterapia			01	03	04	0
Fonoaudiologia			01	03	04	0
Terapia Ocupacional			01	03	04	0
Psicologia			01	03	04	0
TOTAL	01	06*	15	20	0	0

*Um tutor de núcleo para cada categoria profissional e um tutor de campo por área de concentração, conforme estabelece a Portaria N° 1313/2020 - SES.

5.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá manter, no mínimo, o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o número de vagas já autorizadas e credenciadas na CNRMS/MEC.

6. DOS RECURSOS FINANCEIROS

6.1. O valor estimado para custeio mensal dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional das unidades hospitalares e/ou ambulatoriais dependerá do quantitativo de vagas autorizadas e credenciadas nas respectivas Comissões de Residência, bem como de dotação orçamentária específica para a finalidade, além de outros fatores a serem analisados e validados pela área técnica da SESG/SES/GO, e será repassado juntamente com o valor da parcela do Contrato de Gestão.

6.2. Caso o residente seja desligado do Programa de Residência específico, o valor referente ao mesmo será glosado imediatamente.

6.3. Ocorrendo a situação descrita no item 9.2, caberá à SESG informar o desligamento do Residente e o valor da glosa a ser efetuado à área técnica da SES/GO responsável pelo acompanhamento dos respectivos Contratos de Gestão, para que realizado o devido desconto financeiro.

6.4. No âmbito das Residências Médicas da SES-GO, há bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-GO. Atualmente, 43 (quarenta e três) bolsas são financiadas pelo MS e 4 (quatro) bolsas pela SES-GO. Todas as bolsas das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde são custeadas pelo MS (Quadro 03).

Quadro 03. Demonstrativo de custeio mensal com o Programa de Residência Médica e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no CRER.

Discriminação da despesa	Número	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Custo com bolsas Residência Médica (3.330,43+ 20% INSS)***	45	3.996,52	179.843,40

0876

Gratificação do Supervisor, Preceptor e Tutor da COREME *	35	474,78	16.617,30
Gratificação do Coordenador, Preceptor e Tutor da COREMU*	22	474,78	10.445,16
Executor Administrativo COREME **	01	6.721,15	6.721,15
Executor Administrativo COREMU**	01	6.721,15	6.721,15
Despesa de custeio diverso por Residente da COREME****	45	730,00	32.850,00
Despesa de custeio diverso por Residente da COREMU****	20	730,00	14.600,00
Total Geral	-	-	267.798,16

*Gratificação de 15% sobre o vencimento básico do profissional Analista Médico e Analista Técnico de Saúde na função de Supervisor, coordenador, Preceptor e Tutor, conforme Lei 18.464/2014.

**Custo de 01 (um) profissional Executor Administrativo para COREMU e para COREME. Cálculo com o valor do salário básico, mais acréscimo de 100% de prêmio de incentivo, 20% de gratificação local insalubre e 35,56% de encargos sociais, totalizando R\$ 6.721,15 cada um.

***Custo da Bolsa Residente da SES é igual ao valor pago pelo Ministério da Saúde acrescido de 20% de INSS.

****As despesas de custeio diverso para o residente e para os PRAPS e PRM são para aquisição de uniforme, bibliografia, material de expediente, alimentação do residente, assinatura de periódico e jornada científica, impressora, computadores, Tablets, Datashow, Material de uso individual para o residente como (estetoscópio, oxímetro, otoscópio, lanterna, entre outros) e Insumos para desenvolvimento de pesquisa. Ex.: válvula de fala, cânula de traqueostomia especial, Manequins para aulas práticas entre outros.

7. ESTÁGIOS CURRICULARES

7.1. Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.

7.2. Os estágios no âmbito da SES/GO são gerenciados e regulados pela SESG, sendo regulamentados pela Lei nº 11.788/2008, de 25 de setembro de 2008, Portaria nº 469/2020 – SES/GO, de 28 de fevereiro de 2020 e Portaria nº 471/2020 – SES/GO, de 05 de março de 2020, ou outras que venham substituí-las.

7.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar anualmente vagas para estágios de cursos tecnológicos para escolas técnicas e estágios para cursos de graduação e pós-graduação de instituições de ensino superior conveniadas com a SES/GO, cuja distribuição será organizada e orientada pela SESG.

8. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

8.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá propor Plano Anual de Capacitação (PAC) de seus colaboradores, estatutários e celetistas, em cumprimento à Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde. O PAC deve ser validado e aprovado pela SESG.

8.2. O **PARCEIRO PRIVADO** encaminhará o PAC à SESG, via protocolo no SEI!, até o dia 30 de outubro do respectivo ano, para que o setor técnico competente da SESG possa avaliar o documento e devolvê-lo até o último dia útil do ano para o respectivo parceiro.

ANEXO Nº III - DA GESTÃO DO TRABALHO E DE PESSOAS/2021 - GGDP- 03087 000018640359

3. DA GESTÃO DO TRABALHO E DE PESSOAS

3.1. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

3.2. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar na Unidade sob seu gerenciamento um Responsável Técnico (RT), Médico e de Enfermagem, com registro no respectivo Conselho de Classe. Podendo o médico, designado como Diretor/Responsável Técnico da Unidade, assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada pelo SUS.

3.3. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar equipe médica em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, possuidores do título ou certificado da especialidade correspondente, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, Resolução CFM nº. 1634/2002 e alterações posteriores, ensejando que a Unidade realize a atividade assistencial quantificada no CONTRATO DE GESTÃO.

3.4. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da Unidade e os serviços a serem prestados. Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde (MS), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde, assim como as resoluções dos conselhos profissionais.

3.5. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá constituir na unidade sob seu gerenciamento, ainda em seu primeiro ano de funcionamento, as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, em cumprimento à NR – 32/2005 do MTE e eventuais atualizações devendo proporcionar todas as condições para a manutenção das ações e serviços relacionados a essas comissões assessoras obrigatórias.

3.6. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar que a unidade sob seu gerenciamento desenvolva uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT/MTE), assim como implantará e desenvolverá uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE.

3.7. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá disponibilizar na Unidade ambiente adequado e que atenda as condições mínimas necessárias ao descanso dos servidores que exerçam sua jornada de trabalho em regime de plantão.

3.8. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá informar a taxa de absenteísmo mensal dos funcionários e colaboradores de acordo com o vínculo.

3.9. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá adotar sistema de controle de frequência compatível com utilizado pelo Governo do Estado disponibilizando a leitura e migração do banco de dados.

3.10. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá fornecer mensalmente relatórios contendo dados funcionais e financeiros dos colaboradores nos moldes do arquivo padrão solicitado pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.

3.11. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá desenvolver, manter e efetivar rede interna de prevenção e combate a todas as formas de assédio moral e assédio sexual, além de organização de serviços/comissões para solução/mediação de conflitos, com protocolo adequado para a situação.

3.12. Em relação aos recursos humanos da Unidade, para cumprimento do ANEXO TÉCNICO V – SISTEMA DE REPASSE da Minuta do CONTRATO DE GESTÃO, o **PARCEIRO PÚBLICO** realizará mensalmente o desconto financeiro integral da folha de servidores estatutários no valor correspondente ao total da apuração mensal dos proventos acrescido da contribuição previdenciária dos servidores cedidos ao **PARCEIRO PRIVADO** descritos nos Quadros 01 e 02, podendo ser variável conforme remanejamento definido pela SES/GO.

3.13. Poderá o **PARCEIRO PÚBLICO** deduzir do valor dos descontos incidentes sobre os repasses financeiros feitos ao **PARCEIRO PRIVADO** os custos para contratação temporária de mão de obra, em substituição de servidores cedidos pelo Estado de Goiás por força do referido CONTRATO DE GESTÃO, e que estejam em usufruto de afastamentos legais superiores a 15 (quinze) dias previstos no Estatuto dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, ressalvados os casos de gozo de férias.

- 3.14. Para efeito de compensação financeira, o **PARCEIRO PÚBLICO** somente admitirá a contratação de substitutos para a mesma função que o servidor afastado, mantinha na execução do CONTRATO DE GESTÃO;
- 3.15. A dedução de que trata o item 3.13 será devida no valor correspondente aos custos inerentes a contratação do colaborador substituto (salário e encargos legais), assumidos pelo **PARCEIRO PRIVADO** no período correspondente e será devida somente enquanto perdurar o afastamento do servidor cedido;
- 3.16. O **PARCEIRO PÚBLICO** disciplinará em instrumento específico as condições nas quais se darão as deduções decorrentes de contratações de colaboradores substitutos.
- 3.17. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá utilizar os valores de mercado privado da região de inserção ratificados por meio de PESQUISA SALARIAL DE MERCADO ANUAL, que contemple ao menos 5 (cinco) instituições congêneres, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, como critério para remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados.
- 3.18. A remuneração dos membros da Diretoria do **PARCEIRO PRIVADO** não poderá ultrapassar o teto do Poder Executivo estadual.
- 3.19. O **PARCEIRO PRIVADO** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados, necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência do CONTRATO DE GESTÃO para eximir-se dessas obrigações ou transferi-las ao **PARCEIRO PÚBLICO**.
- 3.20 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá comprovar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** o pagamento das obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigência, relativos aos empregados e aos prestadores de serviços por ele contratados.
- 3.21 O **PARCEIRO PRIVADO** deverá apresentar mensalmente ao **PARCEIRO PÚBLICO** relação de colaboradores contratados sob o regime de pessoa jurídica.
- 3.22. O **PARCEIRO PRIVADO** poderá devolver ao **PARCEIRO PÚBLICO** servidores cedidos em exercício na Unidade sob seu gerenciamento motivado pelo princípio da supremacia do interesse público cumprindo o rito processual estabelecido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**.
- 3.23. O **PARCEIRO PRIVADO** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados ou os servidores públicos que são remunerados à conta deste Instrumento.
- 3.24. Os servidores cedidos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO** têm resguardado todos os direitos e vantagens, deveres e obrigações previstos no regime estatutário a que estão sujeitos, com a devida obediência aos ritos dos processos administrativos disciplinares consequentes, devendo, entretanto, observar regras de conduta gerais estabelecidas pelo **PARCEIRO PRIVADO**, as quais não representem nenhuma afronta legal ao Estatuto do Servidor Público e regramentos relacionados, bem como ao Plano de Cargos e Remunerações dos servidores envolvidos.
- 3.25. Cabe ao **PARCEIRO PÚBLICO** o estabelecimento dos fluxos dos procedimentos relacionados à vida funcional dos servidores públicos em exercício na unidade gerenciada pelo **PARCEIRO PRIVADO**, com o delineamento dos trâmites necessários e definição das responsabilidades de cada uma das partes envolvidas.
- 3.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá assegurar a execução das avaliações Especial de Desempenho dos servidores em estágio probatório e de Desempenho Individual para concessão do Prêmio de Incentivo, aplicadas aos servidores públicos cedidos, pelas chefias imediatas a que estão submetidos na unidade, obedecendo o disposto no Decreto estadual nº 5.668, de 11 de outubro de 2002 e suas alterações e na Lei Estadual nº 14.600, de 01 de dezembro de 2003 e suas alterações, respectivamente.
- 3.27. É vedada a contratação de servidores ou empregados públicos em atividade, pelo **PARCEIRO PRIVADO**, ressalvados os casos em que houver compatibilidade de horário.
- 3.28. É vedada a contratação de cônjuge, companheiro ou parente, consanguíneo ou afim, em linha reta ou colateral, até o 3º (terceiro) grau, do Governador, Vice-Governador, de Secretários de Estado, de Presidentes de autarquias, fundações e empresas estatais, de Senadores e de Deputados federais e estaduais, Conselheiros do Tribunal de Contas do Estado e dos Municípios, todos do Estado de Goiás, bem como de Diretores, estatutários ou não, do **PARCEIRO PRIVADO**, para quaisquer serviços relativos ao CONTRATO DE GESTÃO.
- 3.29. O **PARCEIRO PRIVADO** não poderá proceder a contratação de servidor cedido por interposta pessoa jurídica, exclusivamente para viabilizar o pagamento de exercício de função temporária de direção, chefia ou assessoramento ou associada ao desempenho de produtividade.
- 3.30 Ocorrendo ação ou omissão que possa ser caracterizada como falta disciplinar hipoteticamente atribuível a servidor público cedido pelo **PARCEIRO PÚBLICO**, deverá o **PARCEIRO PRIVADO** comunicar, no prazo de 10 (dez) dias contatos do evento, àquele para providências cabíveis ao caso.

Quadro 01. Quantidade de servidores estatutários cedidos ao CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO -CRER Fev/2021	
CARGOS	Total de Servidores cedidos
Não há servidores cedidos para Unidade	0
Fonte: RHNet Ref: Jan/2021 / Site: https://www.saude.go.gov.br/os-transparencia Ref: 01/02/21	

ANEXO Nº IV – ESTIMATIVA DE CUSTEIO OPERACIONAL/2021 - GAOS- 14421 000022093074

1. Estimativa de Custeio Operacional - Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)

1.1 Trata-se de documento técnico elaborado com o objetivo de apresentar a **estimativa** do custeio operacional do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), o qual será objeto de prorrogação para o gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia da 07 dias por semana, ininterruptamente. Ambulatório no mínimo de segunda a sexta-feira das 07 as 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual e/ou Central de Regulação Municipal de Goiânia.

1.2 A metodologia empregada utiliza o Custeio por Absorção, que nada mais é do que o **custeio integral/custos fixos** registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido e/ou utilizado. Trata-se do **único método** aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "**apropriação integral de todos os custos** (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (Ministério da Saúde, 2006).

1.3 Para o cálculo estimado do custo operacional, consideraram-se os parâmetros estabelecidos pela Superintendência de Tenção Integral a Saúde- SAIS/ Gerência de Atenção Terciária – GERAT, especificações técnicas anexo I (000021054289), a qual, por sua vez, utilizou, dentre outros critérios:

- a) Capacidade física instalada;
- b) Série histórica de ocupação média da Unidade Hospitalar, extraída dos dados do Sistema *Key Performance Indicators for Health (KPIH)*, bem como do acompanhamento diário obtido pela Coordenação de Monitoramento e Fiscalização dos Contratos de Gestão/Gerência de Avaliação de Organizações Sociais (COMFIC/GAOS);
- c) Tempo Médio de Permanência praticado pela Unidade Hospitalar, por clínica e na totalidade, e aquele preconizado para o tipo e complexidade de atendimento;
- d) Perfil epidemiológico dos pacientes encaminhados e atendidos no HGG, com atenção especial ao potencial perfil para os atendimentos relacionados ao transplante.
- e) Legislação relacionada ao perfil de atendimento.

2. Identificação da Unidade

Nome: Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

CNES: 2673932

Endereço: Avenida Vereador Jose Monteiro, nº1655, Bairro Negrão de Lima CEP:74653230, Goiânia – Goiás.

Tipo de Unidade: uma unidade de referência que oferece atendimento especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual.

Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual e/ou Central de Regulação Municipal de Goiânia

2.1 Perfil da Unidade

2.1.1 O **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER** caracterizado como Hospital Especializado de Alta e Média Complexidade, uma unidade de referência para o atendimento especializado em reabilitação às pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual. Possui leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI). Atualmente a Unidade funciona 24 horas e realiza atendimentos de média e alta complexidade.

2.1.2 As internações são predominantemente clínicas, porém também existem internações cirúrgicas alinhadas ao perfil da Unidade.

3. LINHAS DE CONTRATAÇÃO E OUTROS SERVIÇOS

3.1 Linhas de Contratação

3.2 Para o funcionamento do **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER** serão consideradas as seguintes linhas de serviços; Conforme especificado no ANEXO I GERAT (000021054289).

3.3 Internações Hospitalares

- a.) Saídas de Clínica
- b) Saídas Cirúrgicas
- c) Saídas de Reabilitação

3.4 Cirurgias Programadas

3.5 Consultas Ambulatoriais (CRER)

- a) consulta médica na atenção especializada
- b) consulta multiprofissional na atenção especializada

3.6. **Terapias Especializadas:** sessões em terapias especializadas.

3.7. **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**

3.8. **Oficina Ortopédica:** fixa, itinerante e próteses auditivas

3.9. **SADT Externo:** Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertado à Rede Assistencial.

Quadro 1. Serviços de saúde para o Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Dimensão	Descrição	Meta até 6º mês	Meta a partir do 7º mês	Meta anual
Internação	Clínica Cirúrgica	617	658	7.650
	Clínica Médica	56	69	750
	Reabilitação	0	44	264
	Covid-19 enfermaria	70	0	420
Cirurgias	Cirurgias Programadas	617	658	7.650
Atendimentos Ambulatoriais	Consulta médica na Atenção Especializada	11.535	11.535	138.420
	Consulta multiprofissional na Atenção Especializada	4.732	4.732	56.784

0879

	Atendimento Odontologia PNE - Consulta	48	48	576
	Atendimento Odontologia PNE- Procedimentos	120	120	1440
Serviço de Atenção Domiciliar	Atendimentos do Serviço de Atenção Domiciliar	60	60	720
Terapias Especializadas	Sessões Especializadas	30.699	30.699	368.388
Oficina Ortopédica	Fixa/Itinerante	990	990	11.880
	Próteses auditivas	263	263	3.156
SADT EXTERNO	Ecocardiograma / USG/ Doppler	392	392	4.704
	Eletrocardiograma	137	137	1.644
	Eletroencefalograma	60	60	720
	Eletroneuromiografia	184	184	2.208
	Espirometria	661	661	7.932
	Laboratório de Análises Clínica	14.609	14.609	175.308
	Mamografia	104	104	1.248
	Radiologia	458	458	5.496
	Ressonância Nuclear Magnética	451	451	5.496
	Tomografia Computadorizada	971	971	11.652

4. MÉTODO DE CÁLCULO

4.1. Percentis (25, 50 e 75)

4.1.1 A metodologia do Custeio por Absorção, consiste ainda no custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. Trata-se do único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (BRASIL, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

4.1.2 Trata-se do custeio integral/custos fixos registrados no custo final de cada produto comercializado e/ou serviço e, por conseguinte, efetivamente consumido. É este o único método aceito pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), em que se realiza a "apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais" (Ministério da Saúde, 2006). Assim, tem-se que cada custo unitário presente na matriz de custeio está impregnado de custos e despesas (incluindo administrativas) relacionadas à realização do serviço assistencial.

4.1.3 Para o cálculo, a consultora Planisa forneceu percentis relacionados ao custeio da linha de atendimento, a partir do benchmark do sistema Key Performance Indicators for Health (KPIH), com referência de 2019 e de 2020.

4.1.4 A consultora disponibilizou dados referentes ao ano de 2020 somente para os serviços de UTI Covid e Unidade Semicríticas COVID. Salienta-se, deste modo que o órgão buscou selecionar as bases de dados mais atualizadas, conforme as limitações fáticas envolvidas.

4.1.5 Para os demais itens da tabela de precificação, foram utilizados dados fornecidos do *benchmark* de 2019 com atualização da tabela FIPE referente ao período de janeiro a dezembro de 2020, no valor de 3,67%. A Planisa não fornece para esses serviços base de dados do ano de 2020, e diante deste fato foi necessária a aplicação do valor referente à FIPE Saúde.

4.1.6 A impossibilidade de fornecimento e utilização de uma base de dados de 2020 para os serviços referidos no parágrafo anterior é justificada pelo fato de que o ano de 2020 foi cercado de atipicidade, sendo inteiramente marcado por uma pandemia que representou uma grave situação de calamidade pública, forçando ocupações maiores das unidades de saúde, elevação significativa no custo para consumo, gasto de materiais, insumos, medicamentos, equipamentos, e outros embaraços de ordem logística.

4.1.7 A relatada situação, conforme alega a consultora, impede a instituição de um sistema de custos fidedigno para a referência de 2020 neste tipo de linha assistencial, restando a base de 2019 como a mais recente possível de ser utilizada.

4.1.8 Importa, ainda, destacar que a aludida aplicação do índice não incide diretamente nos valores praticados no contrato emergencial pretérito, mas sim no próprio valor de custeio indicado no presente documento. É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

4.1.9 Outrossim, esta adequação é evidentemente necessária diante do aumento elevado dos custos médico-hospitalares praticados no ano de 2020, causado pela circunstância emergencial.

4.1.10 É, tão somente, um Procedimento Operacional Padrão que visa a utilização de um valor adequado ao momento contemporâneo à precificação apresentada.

4.1.11 Assim, o custo mensal estimado foi obtido multiplicando a quantidade estimada de produção, pelo seu custo unitário a P25, P50 e P75 provenientes de base externa.

4.1.12 O *percentil adotado foi o P50*, que é mais econômico que o P75, e atende a finalidade de se buscar a compatibilização com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas, não importando assim em sobrepreço.

4.1.13 Esta unidades possui leitos de UTI para tratamento de pacientes com comorbidades mais graves, isto requer uma assistência mais complexa e com profissionais especializados e qualificados, em vista de toda a dificuldade ainda de riscos outros como o de contrair diversas infecções, questões essas que causam impacto considerável no custo da unidade. A existência de estágio e de educação permanente no Hospital também impactam de forma notável os gastos.

4.1.14 Ressalte-se ainda, que quando tratamos de hospitais de média e alta complexidade, como é o caso deste e de todos aqueles cujos pacientes são referenciados pelo Complexo Regulador Estadual, convencionou-se a utilização do P 50, pois é o percentil que costuma melhor se amoldar ao perfil daquelas

unidades e aos seus custos integrados. Contudo sempre há de se realizar a comparação do resultado fornecido pelo *benchmark* nacional com os a realidade dos relatórios fornecidos pelo KPIH no território goiano ou, quando é o caso, com os próprios preços praticados pelo Hospital. O Cálculo, então, buscou ponderar todo o contexto daquela unidade, para que fosse possível atingir uma maior personalização. Considerou-se também a capacidade instalada atualmente existente, já com as alterações de leitos ocorridas recentemente (implantação de leitos críticos e semicríticos para enfrentamento da COVID-19); a série histórica de atendimentos; os equipamentos instalados; e as especialidades, serviços.

4.2. Memória de cálculo

4.2.1 O critério usado para o custeio das “**Internações Hospitalares**” é o paciente-dia, e o volume foi obtido pela multiplicação de três variáveis (número de leitos x taxa de ocupação hospitalar x dias do mês). O preconizado pelo Ministério da Saúde é uma taxa de ocupação hospitalar (TOH) de 85% para as enfermarias, de 90% para as UTI's, para o centro cirúrgico 60%, serviços de reabilitação 1,85%.

4.2.2 Para o presente Termo, considerou-se o resultado da seguinte composição de leitos, conforme descrito no anexo I GERAT (000021054289).

Quadro 2. Serviços de saúde para o Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Descrição	Qtd até 6º mês	Qtd a partir de 7º mês
Clínica Cirúrgica	74	73
Clínica Médica	26	32
Reabilitação	0	51
Clínica Covid	36	0
UTI Adulto	20	20
UTI Adulto Covid	20	0
Leitos Assistenciais Totais	176	176
Salas Cirúrgicas	8	8
Consultórios Ambulatoriais	50	50
Box de Pequenos Procedimentos Cirúrgicos Ambulatoriais	6	6
Ginásio de Terapias	7	7
Piscinas de Hidroterapias	4	4
Oficina Ortopédica	1	1
Centro de Diagnóstico	1	1
Laboratório de Marcha	1	1

4.2.3 Considerando a ocupação de 85% para os leitos de internação disponíveis e de 90% para os leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto, haverá projeção de pacientes-dia, conforme quadro abaixo. Logo, o custeio estimado para as unidades de internação e unidades de terapia intensiva foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

Quantidade até o 6º mês

Internação	Nº leitos	TOH	Qtd dias do mês	Pac Dia Projetado
UI da Clínica Médica	26	85%	30,4	672
UI da Clínica Cirúrgica	74	85%	30,4	1.912
Clínica Covid	36	85%	30,4	930
UTI Adulto	20	90%	30,4	547
UTI Adulto Covid	20	90%	30,4	547

Quantidade a partir 7º mês

Internação	Nº leitos	TOH	Qtde dias do mês	Pac Dia Projetado
UI da Clínica Médica	32	85%	30,4	827
UI da Clínica Cirúrgica	73	85%	30,4	1.886
Reabilitação	51	1,85%	30,4	2.868
UTI Adulto	20	90%	30,4	547

4.2.4 O custeio das “**Cirurgias**” foi estimado multiplicando o número de horas necessárias para realizar as cirurgias projetadas e, posteriormente, pelo custo unitário da hora cirúrgica. Sendo considerados dados extraídos do sistema do KPIH/PLANISA, meta de saídas cirúrgicas contidos no ANEXO I GERAT (000021054289) de 8 (oito) salas cirúrgicas e 617 cirurgias eletivas/mês para o perfil do hospital, em atendimento ao número de leitos disponibilizados para saídas cirúrgicas, multiplicando-se essa quantidade pelo tempo médio praticado pela Unidade.

4.2.5 O custeio das “**Consultas Ambulatoriais**” foi estimado multiplicando a meta projetada pelo seu custo unitário. Devido à variação dos custos, as consultas ambulatoriais foram divididas em consultas médicas e consultas não-médicas. Os custos unitários das consultas médicas e não médicas foram obtidos de base de precificação/reabilitação tabela PLANISA/2019, na ausência de dados fornecidos pela consultora.

2.2.5. O custeio do “**Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT)**” foi obtido multiplicando o volume estimado de cada item, pelo respectivo custo unitário. O volume de cada item foi obtido considerando o setor solicitante (internações e pronto socorro), a quantidade, e o número de paciente-dia ou atendimento que gerou aquela demanda pelo SADT. Considerando variação de metas em alguns setores, e a consequente variação de demanda proporcional de exames, foi calculado o índice de variação de cada setor e multiplicado por cada exame solicitado, foram considerados a média extraídas no sistema do KPIH, referência novembro de 2020 a maio de 2021, foram considerados dados contidos no ANEXO I GERAT (XXXXXX).

4.2.6 Considerando ocupação de 60% para o **Centro Cirúrgico**, onde, foram considerados, total de hora parada por sala, para limpeza, total médio de preparo de sala, total de horas por cirurgia, haverá projeção de horas cirúrgicas. Assim, o custeio estimado para as unidades foi obtido multiplicando esse volume de paciente-dia pelo custo unitário da diária.

4.2.7 Em atenção as **Terapias Especializadas**, sendo utilizado proporção da quantidade do precificado em 2019 juntamente com valores extraído do KPIH 2020, para melhor projeção da quantidade de sessões, considerado também a discriminação das equipes integrantes das Terapias Especializadas da unidade. No âmbito da reabilitação, as Terapias Especializadas são ofertadas para pacientes que estejam em regime de internação, assim como para aqueles procedentes do atendimento ambulatorial da instituição. A equipe multidisciplinar é formada pelo corpo médico e profissionais das seguintes áreas: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, musicoterapia, neuropsicologia, nutrição, odontologia, pedagogia, psicologia e terapia ocupacional.

4.3. Atualização de Valores

4.3.1 Foi aplicado **índice FIPE-Saúde** (acumulado de janeiro a dezembro de 2020, em 3,67%), para atualização dos custos das linhas de serviço em que não foi aplicado o *benchmark* de 2020, incidindo-se diretamente nos valores relativos ao *benchmark* externo, do ano de 2019, (dado o Déficit inflacionário considerável), e não aos valores do Hospital, que teve alteração em seu perfil assistencial. Trata-se de aplicação direta do índice para nova precificação e que leva em conta um *benchmark* com valores referentes a 2019. Objetiva-se logo a melhor retratação do cenário real.

4.3.2 A razão da atualização dos preços em detrimento da utilização dos sistemas referenciais em data contemporânea à contratação ocorre pela incompletude dos dados relativos às linhas de serviço do ano de 2020, pela Planisa.

4.3.3 A utilização do *benchmark* de 2019 para as linhas de serviços que ainda não foram compreendidas no *benchmark* de 2020 visa selecionar a base mais recente e adequada, compatibilizando-se assim com o princípio da eficiência e da economicidade, posto que se buscou uma referência que pode representar menos despesas não importando-se assim em sobrepreço.

4.3.4 Os recursos estimados estão sujeitos ao cumprimento dos resultados esperados, de tal sorte que se busca não haver excesso que implique em desperdício do erário, ou escassez que comprometa a gestão da unidade pública, assim como se estão limitados ao *necessário* para o cumprimento das metas pactuadas.

5. VALOR MENSAL ESTIMADO

5.1 Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER** até o 6º mês é de **R\$ 14.288.999,00 (quatorze milhões, duzentos e oitenta e oito mil novecentos e noventa e nove reais)** Percentil 50;

5.2 O montante global a ser repassado até o 6º mês, corresponde ao valor de **R\$ 85.733.994,00 (oitenta e cinco milhões, setecentos e trinta e três mil novecentos e noventa e quatro reais)**, para período de **6 (seis) meses**, sendo que a transferência ao **PARCEIRO PRIVADO** será mediante liberação de **6 (seis) parcelas mensais**, cujo valor estimado corresponde **R\$ 14.288.999,00 (quatorze milhões, duzentos e oitenta e oito mil novecentos e noventa e nove reais)** para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

5.3 Considerando a metodologia utilizada e cálculos realizados para a projeção de atendimentos, o **custeio mensal estimado** para a operacionalização do **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER** a partir do 7º mês corresponde ao valor de **R\$ 12.653.332,00 (doze milhões, seiscentos e cinquenta e três mil trezentos e trinta e dois reais)** Percentil 50;

5.4 O montante global a ser repassado a partir do 7º mês, corresponde ao valor de **R\$ 75.919.992,00 (setenta e cinco milhões, novecentos e dezenove mil novecentos e noventa e dois reais)**, período de **6 (seis) meses**, sendo que a transferência ao **PARCEIRO PRIVADO** será mediante liberação de 6 (seis) parcelas mensais, cujo valor estimado corresponde **R\$ 12.653.332,00 (doze milhões, seiscentos e cinquenta e três mil trezentos e trinta e dois reais)** para custeio das despesas da unidade para execução das ações e serviços de saúde realizados pela unidade de saúde.

Para melhor elucidação dos valores, apresenta-se a tabela abaixo:

Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)
ESTIMATIVA DE CUSTEIO ATE O 6º MÊS

DESCRIÇÃO					PERCENTIL 25		
1. SERVIÇOS HOSPITALARES					Custo Unit.	Total	
1.1 Paciente Dia (c/HM e c/ Mat/Med)	Unidade	N	N de leitos	QTDE	OCUP.		
UI - Clínica Médica	paciente dia	13	26	672	85,0%	127,9	749.072
UI - Clínica Cirúrgica	paciente dia	14	74	1.912	85,0%	537,6	1.027.979
UTI Adulto	paciente dia	12	20	547	90,0%	1.777,2	972.493
							2.749.544
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					2.850.453
UI - Covid 19	paciente dia	5	36	930	85,0%	1.130,3	1.051.437
UTI- Covid 19	paciente dia	12	20	547	90,0%	2.413,1	1.320.458
Sub-Total			176	4.609			5.222.348
1.2 Unidade Cirúrgica (c/HM e c/ Mat/Med)							
Centro Cirúrgico ¹	horas	12		1.935	60,0%	1.115,4	2.158.229
Sub-Total				1.935			2.158.229
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					2.237.436
2.2 Ambulatorial (c/HM e c/ Mat/Med)							
Ambulatório Médico	n de Consultas	5		11.535		72,8	839.517
Ambulatório Não Médico	n de Consultas	5		4.732		28,9	136.613
Consultas/Sessões de Odontologia	n de Consultas	2		48		77,5	3.721
Consultas/Procedimentos odontologia	n de Consultas	22		120		70,0	8.400
Sub-Total				16.435			988.251
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					1.024.520
3. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)							
Análises Clínicas	n de exames	4		29.364		6,1	177.946
Eletrocardiografia	n de exames	8		610		12,0	7.335
Eletroencefalografia	n de exames	4		63		95,5	6.018
Eletroneuromiografia	n de exames	1		288		179,0	51.558
Espirometria	n de exames	3		661		36,0	23.803
Mamografia	n de exames	9		104		44,3	4.602
Raios X	n de exames	10		2.661		15,4	40.979
Ressonância Magnética	n de exames	6		686	100,0%	181,4	124.423
Tomografia	n de exames	10		1.149		43,3	49.694
Ultrassonografia	n de exames	11		602	100,0%	58,1	34.958
Fisioterapia	n de atendimentos	12		12.422		15,4	191.361
Fonoaudiologia	n de atendimentos	8		4.908		21,0	103.117
Psicologia	n de atendimentos	5		3.447		24,1	83.188
Terapia Ocupacional	n de sessões	3		6.917		10,7	73.839
Musicoterapia	n de atendimentos	2		460		79,9	36.739
Educador Físico	n de atendimentos	1		2.545		95,0	241.775
Sub-Total				66.887			1.251.335
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					1.297.259
4. Outros Serviços (c/HM e c/ Mat/Med)							
Atenção Domiciliar	N de Pacientes Atendidos (Domiciliar)	11		60		1.596,9	95.814
Oficina Ortopédica Fixa/Itinerante	N de Fabricação de Próteses	1		990		2.433,1	2.408.769
Oficina Prótese Auditiva	N de Próteses	1		263		838,0	220.394
Sub-Total				1.313			2.724.977
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					2.824.984
TOTAL							12.606.547

¹ Horas de capacidade operacional relativas a 8 salas cirurgicas

SADT: Utilizado como base a média de produção de SADT Interno do KPIH - Planisa mais a meta de SADT Externo.

Terapias Especializadas: considerado a proporção da quantidade precificada em 2019.

FIPE Saude Acum Janeiro a Dezembro 2020, 3,67%

Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)
ESTIMATIVA DE CUSTEIO APÓS 7º MÊS

DESCRÇÃO	mês em dia 30,4				PERCENTIL 25		PERCENTIL 50		PERCENTIL 75			
	N	N de leitos	QTDE	OCUP.	Custo Unit.	Total	Custo Unit.	Total	Custo Unit.	Total		
1. SERVIÇOS HOSPITALARES												
1.1 Paciente Dia (c/HM e c/ Mat/Med)												
UI - Clínica Médica	paciente dia	13	32	827	85,0%	127,9	921.935	707	584.939	711	588.067	
UI - Clínica Cirúrgica	paciente dia	14	73	1.886	85,0%	537,6	1.014.088	620	1.170.303	685	1.292.894	
Reabilitação*	paciente dia	13	51	2.868	185,0%	340,1	975.596	406	1.165.359	408	1.171.592	
UTI Adulto	paciente dia	12	20	547	90,0%	1.777,2	972.493	2.078	1.137.209	2.226	1.217.811	
Sub-Total			176	6.129			3.884.112		4.057.810		4.270.364	
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					3.884.112		4.206.731		4.427.087	
1.2 Unidade Cirúrgica (c/HM e c/ Mat/Med)												
Centro Cirúrgico	horas	12		1.901	60,0%	1.124,8	2.138.270	1.229	2.335.687	1.538	2.923.618	
Sub-Total				1.901			2.138.270		2.335.687		2.923.618	
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					2.216.745		2.421.407		3.030.914	
2.2 Ambulatorial (c/HM e c/ Mat/Med)												
Ambulatório Médico	n de Consultas	5		11.535			72,8	839.517	105,5	1.216.596	121,0	1.395.475
Ambulatório Não Médico	n de Consultas	5		4.732			28,9	136.613	46,1	218.240	67,8	320.901
Consultas/Sessões de Odontologia	n de Consultas	2		48			77,5	3.721	85,7	4.111	93,8	4.501
Consultas/Procedimentos odontologia	n de Consultas	22		120			70,0	8.400	81,8	9.816	98,0	11.754
Sub-Total				16.435			988.251	152	1.448.763	189	1.732.631	
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					1.024.520		1.501.933		1.796.219	
3. SERVIÇOS DE SADT (c/HM e c/ Mat/Med)												
Análises Clínicas	n de exames	4		29.364			6,1	177.946	7,9	232.122	9,4	276.609
Eletrocardiografia	n de exames	8		610			12,0	7.335	14,4	8.784	25,1	15.335
Eletroencefalografia	n de exames	4		63			95,5	6.018	107,6	6.776	117,5	7.400
Eletroencefalografia	n de exames	1		288			179,0	51.558	179,0	51.558	179,0	51.558
Espirometria	n de exames	3		661			36,0	23.803	38,8	25.640	50,5	33.400
Mamografia	n de exames	9		104			44,3	4.602	66,7	6.940	99,3	10.328
Raios X	n de exames	10		2.661			15,4	40.979	18,3	48.696	25,1	66.791
Ressonância Magnética	n de exames	6		686	100,0%		181,4	124.423	273,1	187.312	300,6	206.212
Tomografia	n de exames	10		1.149			43,3	49.694	62,5	71.813	84,4	97.004
Ultrassonografia	n de exames	11		602	100,0%		58,1	34.958	64,1	38.558	107,4	64.673
Fisioterapia	n de atendimentos	12		12.422			15,4	191.361	21,0	260.986	25,2	313.003
Fonoaudiologia	n de atendimentos	8		4.908			21,0	103.117	26,9	131.878	31,0	151.989
Psicologia	n de atendimentos	5		3.447			24,1	83.188	43,7	150.599	69,1	238.222
Terapia Ocupacional	n de sessões	3		6.917			10,7	73.839	30,2	208.591	215,9	1.493.272
Musicoterapia	n de atendimentos	2		460			79,9	36.739	119,4	54.902	159,0	73.111
Educador Físico	n de atendimentos	1		2.545			95,0	241.775	95,0	241.775	95,0	241.775
Sub-Total				66.887			1.251.335		1.726.931		3.340.682	
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					1.297.259		1.790.309		3.463.285	
4. Outros Serviços (c/HM e c/ Mat/Med)												
Atenção Domiciliar	N de Pacientes Atendidos (Domicili)	11		60			1.596,9	95.814	2.511,5	150.690	2.721,9	163.314
Oficina Ortopédica Fixa/Itinerante	N de Fabricação de Próteses	1		990			2.433,1	2.408.769	2.433,1	2.408.769	2.433,1	2.408.769
Oficina Prótese Auditiva	N de Próteses	1		263			838,0	220.394	838,0	220.394	838,0	220.394
Sub-Total				1.313			2.724.977		2.779.853		2.792.477	
INDICE TABELA FIPE (2020)		3,67%					2.824.984		2.881.874		2.894.961	
TOTAL							11.247.620		12.653.332		15.455.743	

* Reabilitação utilizado o percentil base de Clínica Médica

† Horas de capacidade operacional relativas a 8 salas cirúrgicas

SADT: Utilizado como base a média de produção de SADT Interno do KPIH - Planisa mais a meta de SADT Externo.

Terapias Especializadas: considerado a proporção da quantidade precificada em 2019.

FIPE Saúde Acum Janeiro a Dezembro 2020, 3,67%

ANEXO Nº V - SISTEMA DE REPASSE/2021 - COES- 09962 000021706131

SISTEMA DE REPASSE

I – Regras e Cronograma do Sistema de REPASSE

1. Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de repasse, ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1.1. A atividade assistencial do **PARCEIRO PRIVADO** subdivide-se em 04 modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I (000021054289), nas modalidades abaixo assinaladas:

1.2 Internações Hospitalares

a.) Saídas de Clínica

b.) Saídas Cirúrgicas

c.) Saídas de Reabilitação

1.3. Cirurgias Programadas

1.4. Consultas Ambulatoriais (CRER)

a) consulta médica na atenção especializada

b) consulta multiprofissional na atenção especializada

1.5. Terapias Especializadas: sessões em terapias especializadas.

1.6. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

1.7. Oficina Ortopédica: fixa, itinerante e próteses auditivas

1.8. SADT Externo: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico ofertado à Rede Assistencial.

1.9. As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gerenciamento do **PARCEIRO PRIVADO**.

2. SISTEMÁTICA DE REPASSE

2.1 Além das atividades de rotina, o **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER** poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da Secretaria de Estado da Saúde, conforme especificado no ANEXO TÉCNICO I (000021054289)- Descritivo de Serviços.

2.2. Caso seja necessário, a fonte de recurso expressa na dotação orçamentária poderá ser substituída por outra, tanto federal quanto estadual, a que apresentar disponibilidade financeira, a fim de evitar inadimplência.

2.3 Do montante global para o **PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA** corresponde ao valor de **R\$ 3.213.577,92 (três milhões, duzentos e treze mil quinhentos e setenta e sete reais e noventa e dois centavos)**, para o período de 12 meses, sendo um repasse mensal de **R\$ 267.798,16 (duzentos e sessenta e sete mil setecentos e noventa e oito reais e dezesseis centavos)**.

2.3. O montante global será no valor estimado, até o 6º mês, de **R\$ 87.340.782,96 (oitenta e sete milhões, trezentos e quarenta mil setecentos e oitenta e dois reais e noventa e seis centavos)**, para o período de 6 (seis) meses, sendo estimado um repasse mensal no valor de **R\$ 14.556.797,16 (quatorze milhões, quinhentos e cinquenta e seis mil setecentos e noventa e sete reais e dezesseis centavos)**.

2.4 Do montante global para os 6 (seis) meses a **parte fixa, 90% (noventa por cento)**, correspondente a **R\$ 78.606.704,66 (setenta e oito milhões, seiscentos e seis mil setecentos e quatro reais e sessenta e seis centavos)**, sendo estimado um repasse mensal no valor de **R\$ 13.101.117,44 (treze milhões, cento e um mil cento e dezessete reais e quarenta e quatro centavos)**.

TABELA I – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO ATÉ O 6º MÊS

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - (GLOBAL)		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)	VALOR RS
Internações Hospitalares	45%	R\$ 27.206.927,31
Cirurgias	17%	R\$ 14.936.241,44
Ambulatoriais	Atendimentos 9%	R\$ 9.279.396,16
Serviço de Atenção Domiciliar	2%	R\$ 1.171.938,16
Oficina Ortopédica	16%	R\$ 14.912.549,44
SADT	11%	R\$ 11.099.652,16
TOTAL	100%	R\$ 78.606.704,66

2.5 Do montante global para os 6 (seis) meses a **parte variável, 10% (dez por cento)**, corresponde a **R\$ 8.734.078,30 (oito milhões, setecentos e trinta e quatro mil setenta e oito reais e trinta centavos)**, sendo estimado um repasse mensal no valor de **R\$ 1.455.679,72 (um milhão, quatrocentos e cinquenta e cinco mil seiscentos e setenta e nove reais e setenta e dois centavos)**, para 6 (seis) meses, sendo vinculado à avaliação dos Indicadores de Desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, - **AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO**, descrito adiante.

2.6 O montante global estimado a ser repassado a partir do 7º mês é de **R\$ 77.526.780,96 (setenta e sete milhões, quinhentos e vinte e seis mil setecentos e oitenta reais e noventa e seis centavos)**, período de 6 (seis) meses, sendo estimado um repasse mensal no valor de **R\$ 12.921.130,16 (doze milhões, novecentos e vinte e um mil cento e trinta reais e dezesseis centavos)**.

2.7. Do montante global para os 6 (seis) meses a **parte fixa, 90% (noventa por cento)**, corresponde ao valor de **R\$ 69.774.102,86 (sessenta e nove milhões, setecentos e setenta e quatro mil cento e dois reais e oitenta e seis centavos)** sendo estimado um repasse mensal no valor de **R\$ 11.629.017,14 (onze milhões, seiscentos e vinte e nove mil dezessete reais e quatorze centavos)**, para 6 (seis) meses, distribuído percentualmente nos termos indicados na tabela I para efeito de descontos dos Indicadores de Produção, sendo mensalmente serão distribuídos conforme **TABELA I abaixo**:

TABELA II – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO A PARTIR DO 7º MÊS

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL PARA EFEITO DE DESCONTO FINANCEIRO DOS INDICADORES DE PRODUÇÃO DO ORÇAMENTO DE CUSTEIO 90% DO CONTRATO - (GLOBAL)		
MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	PORCENTAGEM (%)	VALOR RS
Internações Hospitalares	25%	R\$ 15.613.901,14
Cirurgias	19%	R\$ 13.771.404,34
Atendimentos Ambulatoriais	13%	R\$ 9.252.616,34
Reabilitação	10%	R\$ 7.233.172,34
Serviço de Atenção Domiciliar	2%	R\$ 1.145.158,34
Oficina Ortopédica	17%	R\$ 12.895.487,17
SADT	14%	R\$ 9.862.363,17

TOTAL	100%	R\$ 69.774.102,86
-------	------	-------------------

2.8. Do montante global, a parte variável 10% (dez por cento), corresponde ao valor global período de 6 (seis) meses de R\$ 7.752.678,10 (sete milhões, setecentos e cinquenta e dois mil seiscentos e setenta e oito reais e dez centavos), sendo estimado um repasse mensal no valor de R\$ 1.292.113,02 (um milhão, duzentos e noventa e dois mil cento e treze reais e dois centavos), para o período de 6 (seis) meses, sendo vinculado à avaliação dos Indicadores de Desempenho e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido neste Anexo, - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO.

2.9. As porcentagens foram calculadas conforme serviços e estão com os valores que envolvem as áreas descritas já devidamente distribuídos proporcionalmente conforme estimativa de custeio no ANEXO TÉCNICO IV (v. 000021703492).

2.10. Os pagamentos mensais dar-se-ão na seguinte conformidade:

TABELA III - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS DE CUSTEIO		
MÊS	VALOR ATÉ 6º MÊS	VALOR A PARTIR 7º MÊS
1	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
2	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
3	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
4	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
5	R\$14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16
6	R\$ 14.556.797,16	R\$ 12.921.130,16

2.11. A avaliação dos indicadores de desempenho será realizada em regime semestral, **ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e **com comunicado prévio**, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance de cada indicador, pelo **Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER**.

2.12. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para o **PARCEIRO PRIVADO** nos ANEXOS TÉCNICOS I (v.000021054289), II (v.000018742014), III (000018640359), IV (v.000021703492) e V (v.000021706131), o mesmo deverá encaminhar mensalmente, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **Hospital Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER**.

2.13 informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, e andamento das comissões serão encaminhadas à Secretaria de Estado da Saúde de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

2.14. As informações deverão ser enviadas **até o dia 05 (cinco) de cada mês** para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. No entanto, em caso de necessidade, o **PARCEIRO PÚBLICO** poderá demandar pelo fornecimento de dados em prazos diversos.

2.15. As metas de desempenho serão avaliadas em regime **semestral, ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, e, em caso de não cumprimento, **será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês**, conforme disposto neste **Anexo Técnico V**.

2.16 Os resultados deverão ser apresentados pelo **PARCEIRO PRIVADO mensalmente**.

2.17. O *Sistema Integrado das Organizações Sociais – SIGOS* disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias ao acompanhamento mensal das atividades desenvolvidas pelo **Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER**, e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

2.18. A Secretaria de Estado da Saúde procederá à análise dos dados enviados pelo **PARCEIRO PRIVADO** para que sejam efetuados os devidos repasses de recursos, conforme estabelecido no Contrato de Gestão.

2.19. A parcela referente aos indicadores de desempenho será paga mensalmente, junto com a produção assistencial, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos;

2.20. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de repasse o **PARCEIRO PRIVADO** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos repasses mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

2.21. A cada período de **06 (seis) meses, ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta procederá a consolidação e análise conclusiva dos dados do período findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de desempenho que condicionam o valor do repasse.

2.22. A cada **06 (seis) meses, ou antes**, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde, esta **procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pelo PARCEIRO PRIVADO, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão, podendo gerar desconto financeiro pelo não cumprimento de meta**.

2.23. A Comissão de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão (**COMACG**) presidirá as reuniões de monitoramento para análise dos indicadores quantitativos e de desempenho.

2.24 Havendo indicação de **desconto financeiro a menor pelo não cumprimento das metas**, a Organização Social de Saúde (OSS) receberá prazo de **10 (dez) dias** para defesa e contraditório.

2.25. Em caso de acolhimento das justificativas apresentadas pela OSS, a COMACG remeterá o parecer para anuência da Superintendência de Performance e convalidação do Gestor da Pasta.

2.26. O **PARCEIRO PRIVADO** deverá elaborar e encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde, em modelos por esta determinados, relatórios de execução, em data estabelecida por ela, do mês subsequente ao semestre avaliado.

2.27 Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma repactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através do Termo Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste do Contrato de Gestão.

2.28. A análise referida deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pelo PARCEIRO PRIVADO e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da Unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

2.29. Os documentos fiscais apresentados nas prestações de contas deverão conter em seu corpo, sob pena de glosa, o nome do PARCEIRO PRIVADO e seu número de inscrição o CNPJ/ME, o número do contrato de gestão, a denominação da unidade hospitalar administrada, descrição do serviço prestado, componentes deste serviço, período de execução dos serviços e número de horas aplicadas ao contrato, quando couber.

2.30. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente aos proventos dos servidores cedidos ao PARCEIRO PRIVADO, caso houver.

2.31. O PARCEIRO PÚBLICO realizará mensalmente, o desconto financeiro integral referente a gastos como: energia, telefonia, segurança armada, água e outros quando houver.

3 - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE REPASSE

3.1 Com a finalidade de estabelecer a sistemática e os critérios de repasses ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

3.2. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NA PRODUÇÃO ASSISTENCIAL (90% do Contrato de Gestão)

3.2.1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.

3.2.2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado na Tabela I - Tabela para repasse da atividade realizada conforme percentual de volume contratado, para o gerenciamento do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER, a seguir apresentada. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo I e gerarão uma variação proporcional no valor do repasse de recursos a ser efetuado ao PARCEIRO PRIVADO, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada na Tabela II deste Anexo Técnico V.

TABELA IV – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Até o 6º mês

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internação Hospitalares Peso 45%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Cirurgias Ambulatoriais Peso 16%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada Peso 9%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
Serviço de Atenção Domiciliar peso 2%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
Oficina Ortopédica Peso 17%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
SADT Peso 11%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos

TABELA V – TABELA PARA REPASSE DA ATIVIDADE REALIZADA CONFORME PERCENTUAL DE VOLUME CONTRATADO, PARA O GERENCIAMENTO do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

A partir do 7º mês

MODALIDADE DE CONTRATAÇÃO	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
Internação Hospitalares Peso 25%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Cirurgias Ambulatoriais Peso 19%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos

	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
Atendimento Ambulatorial - Consultas Médicas e Multiprofissionais na atenção especializada Peso 13%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
Reabilitação peso 10%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimento
Oficina Ortopédica Peso 17%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
SADT Peso 11%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos
Serviço A tenção Domiciliar Peso 2%	Acima do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 90% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual dos atendimentos
	Entre 80% e 89,99% do volume contratado	90% do orçamento destinado aos atendimentos
	Menos que 80% do volume contratado	70% do orçamento destinado aos atendimentos

4. AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO (10% do Contrato de Gestão)

4.1. Os valores percentuais apontados no **Anexo Técnico I (v.000021054289) – Indicadores de Desempenho**, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão **EM REGIME SEMESTRAL ou antes, diante de necessidade da Secretaria de Estado da Saúde.**

4.2. Cada indicador de Desempenho acima descrito será avaliado sua *performance* calculando-se o PCM - Percentual de Cumprimento de Meta, conforme fórmula de cálculo de desempenho a seguir:

$$P_{CM} = \frac{V_A}{V_M} \times 100$$

Onde:

P_{CM} = Percentual de Cumprimento da Meta;

V_A = Valor Atingido;

V_M = Valor da Meta.

4.3. Em caso de polaridade do indicador, pode indicador, quanto menor o resultado melhor a performance, o cálculo deverá ser realizado conforme descrito na fórmula a seguir:

$$P_{CM} = \{1 - [(V_A - V_M) / V_M]\} \times 100$$

4.4. Uma vez calculado o PCM de cada indicador, será determinada uma nota que varia de 0 (zero) a 10 (dez) para cada um, conforme regra de pontuação descrita na tabela a seguir.

TABELA VI - REGRA DE PONTUAÇÃO DOS INDICADORES E PROJETOS ESTRATÉGICOS

Porcentagem de execução em relação à meta	Nota de desempenho
= 100%	10
90,00% até 99,99%	9
80,00% até 89,99%	8
70,00% até 79,99%	7
60,00% até 69,99%	6
50,00% até 59,99%	5
40,00% até 49,99%	4
< 40%	0

4.5.A pontuação global das metas de desempenho será calculada pela média das notas de cada indicador, conforme fórmula a seguir.

Σ (nota de cada indicador)

Quantidade de indicadores

4.6.O repasse de desempenho será realizado de acordo com a pontuação global das metas de desempenho conforme percentual descrito a seguir:

4.7. A pontuação poderá sofrer alteração caso identificado o não **cumprimento da transparência das informações** a serem ofertadas pela OSS. Ressalta-se que é de **TOTAL responsabilidade do PARCEIRO PRIVADO o lançamento dos dados** no seu SITE para análise por meio de *link (este gerado pela OSS)* a ser direcionado por meio de acesso ao *iOS* Transparência no site da SES/GO. As Organizações Sociais de Saúde deverão atender todas as solicitações necessárias à implementação desta sistemática, observando sempre o Princípio Constitucional da Publicidade, a Lei Complementar nº 131/2209, às Leis de Acesso à Informação Federal e Estadual, Leis nº 12.527/11 e nº 18.025/13 respectivamente, à Resolução Normativa nº 13/2017 do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, e à Metodologia de Avaliação da Transparência Ativa e Passiva das Organizações sem fins lucrativos que recebem recursos públicos da Controladoria-Geral do Estado.

TABELA VII - PONTUAÇÃO GLOBAL

VALOR A RECEBER DO DESEMPENHO	
10 pontos	100%
9 a 9,9 pontos	90%
8 a 8,9 pontos	80%
7 a 7,9 pontos	70%
6 a 6,9 pontos	60%
Menor que 6 pontos	ZERO



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Paula da Silva, Usuário Externo**, em 08/10/2021, às 15:36, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **ISMAEL ALEXANDRINO JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 08/10/2021, às 16:43, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1 informando o código verificador **000024306230** e o código CRC **1573754C**.



Referência: Processo nº 200900010015421



SEI 000024306230



o GERENCIADOR: 6701 - Agência Goiana de Infraestrutura e Transportes - GOINFRA, com a finalidade de cobrir as despesas para regularizar o pagamento do saldo remanescente do Contrato nº 226/2013-AD-GEJUR. Dotação orçamentária: 2021.29.06.14.421.1030.3040.04, fonte 100. Vigência: 14/07/2021 à 14/05/2022. Data da assinatura: 13/10/2021.

FRANZ AUGUSTO MARLUS RASMUSSEN RODRIGUES- TEN.
CEL. PM

Diretor-Geral de Administração Penitenciária

Protocolo 260372

RATIFICAÇÃO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 004/2021 - DGAP/GO

Nos termos do Artigo 26, caput, da Lei Federal nº 8.666 de 21/06/1993, RATIFICO o inteiro teor da Declaração de Inexigibilidade de Licitação nº 004/2021/DGAP exarada pelo Presidente da Comissão de Licitação da DGAP, em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202016448046688, com fundamento no Artigo 25, inciso I da Lei nº 8.666 de 21/06/1993, para a contratação da empresa COMPANHIA BRASILEIRA DE CARTUCHOS - CBC, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ/ME sob o nº 57.494.031/0001-63, para aquisição de 10.000 (dez mil) munições "CBC 5,56x45 Comum M193 (treina) A" para uso na Diretoria-Geral de Administração Penitenciária do Estado de Goiás - DGAP, no valor total de R\$ 54.600,00 (cinquenta e quatro mil e seiscentos reais). Publique-se na imprensa oficial para que surtam os efeitos legais.

Gabinete do Diretor-Geral da Diretoria-Geral de Administração Penitenciária - DGAP, em Goiânia, aos 13 dias do mês de outubro de 2021.

FRANZ AUGUSTO MARLUS RASMUSSEN RODRIGUES
Ten-Cel PM Diretor-Geral de Administração Penitenciária

Protocolo 260508

Secretaria da Saúde - SES

Portaria 1019/2021 - SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei Estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo.

RESOLVE:

Art. 1º - **PRORROGAR** a Portaria **1015/2020** que homologou o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Acreúna, cujo objeto é a aquisição de Veículo, constante no processo nº 202000010006152.

Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação.

Art. 2º- Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.982/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO.

§ 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações.

§ 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

Art. 3º- A vigência do presente instrumento será de **12 (doze) meses**, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Art.4º- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CUMPRE-SE e PUBLIQUE-SE.

Gabinete do SECRETÁRIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 21 dias do mês de julho de 2021.

ISMAEL ALEXANDRINO - Secretário de Estado da Saúde de Goiás

Protocolo 260592

EXTRATO DO 8º TERMO ADITIVO AO TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE GESTÃO Nº 002/2013/SES-GO (HDS). **Processo nº:** 200900010015421. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria

de Estado da Saúde. **Objeto:** Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Prorrogação da vigência do Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013-SES/GO por 12 (doze) meses. 2) Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, com a consequente alteração dos Anexos Técnicos I, II, III, IV e V. 3) Readequação do valor do repasse mensal para o 8º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013 - SES/GO com a consequente alteração do Anexo V - Sistema de Repasse visando atender a complexidade dos serviços contratualizados. 4) Aporte de recursos financeiros relativos ao custo médio estimado para a quitação da integralidade da folha dos servidores cedidos à AGIR com lotação no HDS. **Parceiro Privado:** Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. Valor: R\$ 37.007.105,56. **Vigência:** 28/03/2021 a 27/03/2022. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.100.90 - 2850.10.122.4100.4144.01.100.90 - **Signatários:** Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Lucas Paula da Silva - Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR.

Protocolo 260517

EXTRATO DO 11º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 123/2011/SES-GO (CRER). **Processo nº:** 200900010015421.

Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Objeto:** Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO, por 12 (doze) meses. 2) Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, com a consequente alteração dos Anexos Técnicos I, II, III, IV e V. 3) Readequação do valor do repasse mensal para o 11º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO com a consequente alteração do Anexo Técnico V - Sistema de Repasse, visando atender a complexidade dos serviços contratualizados. 4) Readequação do valor do repasse mensal referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do CRER, conforme disposto no Anexo Técnico II. 5) Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no CRER. **Parceiro Privado:** Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. **Valor:** R\$ 165.167.563,92. **Vigência:** 28/03/2021 a 27/03/2022. **Dotação Orçamentária:** 2850.10.302.1043.2149.03.100.90 - 2850.10.122.4100.4144.01.100.90 - 2850.10.302.1043.2167.03.238.90 **Signatários:** Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde; Lucas Paula da Silva - Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR.

Protocolo 260519

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 46/2021/SES-GO (HOSPITAL SLMB). **Processo nº:** 202100010026272.

Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Objeto:** Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Reorganização dos leitos de internação dedicados ao enfrentamento da pandemia COVID-19 (ENFERMARIA). 2) Readequação do valor de repasse mensal para o custeio do Contrato de Gestão Emergencial nº 46/2021/SES-GO. 3) Inclusão de sub cláusula à Cláusula Nona do Contrato de Gestão Emergencial nº 46/2021/SES-GO. **Parceiro Privado:** IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO. **Vigência:** a partir de 1º de outubro de 2021. **Signatários:** Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde; André Fonseca Lema - IMED Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento.

Protocolo 260544

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 49/2021/SES-GO (HOSPITAL DE FORMOSA). **Processo nº:** 202100010026273.

Parceiro Público: Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Objeto:** Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Reorganização dos leitos de internação dedicados ao enfrentamento da pandemia COVID-19 (ENFERMARIA). 2) Readequação do valor de repasse mensal para o custeio do Contrato de Gestão Emergencial nº 49/2021/SES-GO. 3) Inclusão de sub cláusula à Cláusula Nona do Contrato de Gestão Emergencial

**RESULTADO DE JULGAMENTO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 105/2021**

A Secretaria de Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca - SEAG /ES, por intermédio da Pregoeira da Comissão, torna público, a ADJUDICAÇÃO e a HOMOLOGAÇÃO pela autoridade competente, objeto Registro de Preços para Aquisição de 36 (trinta e seis) Carretas Agrícolas - LOTE ÚNICO: Empresa Vencedora - AGROINDUSTRIAL FREITAS EIRELI - EPP - VALOR GLOBAL DO LOTE ÚNICO: R\$370.800,00.

Vitória, ES, 13 de outubro de 2021.
INGRID FACHETTI BRENNER DE SÁ
Pregoeiro da Comissão de Registro de Preços - SEAG

**RESULTADO DE JULGAMENTO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 106/2021**

A Secretaria de Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca - SEAG /ES, por intermédio da Pregoeira da Comissão, torna público, a ADJUDICAÇÃO e a HOMOLOGAÇÃO pela autoridade competente, objeto Registro de Preços para Aquisição de 12 (doze) Sulcadores Simples - LOTE ÚNICO: Empresa Vencedora - ASUS - INDUSTRIA DE MAQUINAS AGRICOLAS LTDA-ME - VALOR GLOBAL DO LOTE ÚNICO: R\$43.200,00.

Vitória, ES, 13 de outubro de 2021.
INGRID FACHETTI BRENNER DE SÁ
Pregoeiro da Comissão de Registro de Preços - SEAG

**RESULTADO DE JULGAMENTO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 102/2021**

A Secretaria de Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca - SEAG /ES, por intermédio da Pregoeira da Comissão, torna público, a ADJUDICAÇÃO e a HOMOLOGAÇÃO pela autoridade competente, objeto Registro de Preços para Aquisição de 20 (vinte) Plainas Traseiras - LOTE ÚNICO: Empresa Vencedora - ASUS - INDUSTRIA DE MAQUINAS AGRICOLAS LTDA-ME - VALOR GLOBAL DO LOTE ÚNICO: R\$132.000,00.

Vitória, ES, 13 de outubro de 2021.
INGRID FACHETTI BRENNER DE SÁ
Pregoeiro da Comissão de Registro de Preços - SEAG

**RESULTADO DE JULGAMENTO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 100/2021**

A Secretaria de Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca - SEAG /ES, por intermédio da Pregoeira da Comissão, torna público, a ADJUDICAÇÃO e a HOMOLOGAÇÃO pela autoridade competente, objeto Registro de Preços para Aquisição de 10 (dez) Grades Niveladoras - LOTE ÚNICO: Empresa Vencedora - KOHLER IMPLEMENTOS AGRICOLAS EIRELI. - VALOR GLOBAL DO LOTE ÚNICO: R\$160.000,00.

Vitória, ES, 13 de outubro de 2021.
INGRID FACHETTI BRENNER DE SÁ
Pregoeiro da Comissão de Registro de Preços - SEAG

**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA
SOCIAL****AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 32/2021**

Órgão/Entidade: Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa Social - SESP.

Processos nºs: 2021-KPZPH, 2020-TPFQN e 2021-GJ1PW

Objeto:REGISTRO DE PREÇOS PARA A AQUISIÇÃO DE VIATURAS CARACTERIZADAS DO TIPO UTILITÁRIO PICK-UP 4X4 COM CABINE DUPLA, com o intuito de modernizar o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Espírito Santo - CBMES, em conformidade com os Planos de Trabalho CONVÊNIO SENASP/MJSP Nº 894688/2019, CONVÊNIO SENASP/MJSP Nº 891852/2019, CONVÊNIO SENASP/MJSP Nº 906689/2020 e CONVÊNIO SENASP/MJSP Nº 907346/2020, de acordo com o edital e seus respectivos anexos, através do site:

www.comprasgovernamentais.gov.br

UASG: 925722

LOTE ÚNICO:

VALOR GLOBAL ESTIMADO: R\$ 13.125.666,84 (treze milhões cento e vinte e cinco mil seiscentos e seis reais e oitenta e quatro centavos).

Início do Acolhimento Das Propostas: às 09h do dia 15/10/2021.

Limite para Acolhimento Das Propostas: às 09h50min do dia 27/10/2021.

DATA E HORÁRIO DE ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: às 10h do dia 27/10/2021.

Informações: através do e-mail: cpp2.2020@gmail.com ou pelo telefone: (27) 3636-1537.

Data: Vitória, 13 de outubro de 2021.

SÔNIA MARIA BARBOZA

Pregoeira Oficial da 2ª CPP/SESP

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS**DIRETORIA GERAL DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA****AVISO DE INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº 4/2021 - DGAP/GO**

Nos termos do Artigo 26, caput, da Lei Federal nº 8.666 de 21/06/1993, RATIFICO o inteiro teor da Declaração de Inexigibilidade de Licitação nº 004/2021/DGAP exarada pelo Presidente da Comissão de Licitação da DGAP, em conformidade com os documentos que instruem o processo nº 202016448046688, com fundamento no Artigo 25, inciso I da Lei nº 8.666 de 21/06/1993, para a contratação da empresa COMPANHIA BRASILEIRA DE CARTUCHOS - CBC, Pessoa Jurídica de Direito Privado, inscrita no CNPJ/ME sob o nº 57.494.031/0001-63, para aquisição de 10.000 (dez mil) munições "CBC 5,56x45 Comum M193 (treina) A" para uso na Diretoria-Geral de Administração Penitenciária do Estado de Goiás - DGAP, no valor total de R\$ 54.600,00 (cinquenta e quatro mil e seiscentos reais). Publique-se na imprensa oficial para que surtam os efeitos legais. Data :13/10/2021, FRANZ AUGUSTO MARLUS RASMUSSEN RODRIGUES Ten-Cel PM Diretor-Geral de Administração Penitenciária

FRANZ AUGUSTO MARLUS RASMUSSEN RODRIGUES

Ten-Cel

Diretor-Geral de Administração Penitenciária

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, CULTURA E ESPORTE**AVISO DE LICITAÇÃO
CONCORRÊNCIA PÚBLICA Nº 11/2021**

O Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Educação, com sede na Quinta Avenida, QD. 71, Nº 212 - Leste Vila Nova, Goiânia-GO, torna público aos interessados que fará realizar, em sessão pública, o procedimento licitatório: CP nº 011/2021; Proc. nº 2021.0000.604.2131. Abertura: 16 de novembro de 2021, às 9h; Tipo da Licitação: Menor preço, regime de execução empreitada preço global. Objeto: Contratação de empresa de engenharia para conclusão de construção de ESCOLA PADRÃO SÉC XXI, no Colégio Estadual Cândido de Queiroz, no município de Aparecida de Goiânia-GO. Fontes: 116 e 260. Total Estimado: R\$ 6.590.016,02. Retire e acompanhe o Edital no site: www.seduc.go.gov.br. Informações na Gerência de Licitação (62) 3220-9570, E-mail: licitacao@seduc.go.gov.br.

ALESSANDRA BATISTA LAGO

Gerente de Licitação

**AVISO DE LICITAÇÃO
PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 15/21**

O Estado de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Educação, com sede na Quinta Avenida, nº 1.630, Setor Leste Vila Nova, Goiânia-GO, torna público aos interessados que realizará em sessão pública, o procedimento licitatório: Pregão Eletrônico SRP nº 015/2021, Proc nº 202100006037871. Abertura: 27 de outubro de 2021, às 09h. Tipo da Licitação: Menor Preço por Item. Objeto: Registro de Preços para futura e eventual contratação de empresa para fornecimento de quadros brancos magnéticos, para que sejam instalados nas salas de aulas das Unidades Escolares de Ensino Fundamental e Médio da Secretaria de Estado da Educação. Total estimado: R\$ 19.824.777,25. As Propostas Comerciais e Documentação de Habilitação exigidas no Edital deverão ser encaminhadas, por meio do site www.comprasnet.go.gov.br, no período compreendido entre o dia 14.10.2021 até 08h59min do dia 27.10.2021. Os interessados poderão retirar o Edital nos sites: www.seduc.go.gov.br e www.comprasnet.go.gov.br. Informações junto a Gerência de Licitação. Telefone: (62) 3220-9571, e-mail: licitacao@seduc.go.gov.br.

Goiânia, 13 de outubro de 2021.

ELISA GONÇALVES PEREIRA CAIXETA

Pregoeira - SEDUC

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS**

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 49/2021-SES/GO (HOSPITAL FORMOSA). Processo nº: 202100010026273

Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Reorganização dos leitos de internação dedicados ao enfrentamento da pandemia COVID-19 (ENFERMARIA). 2) Readequação do valor de repasse mensal para o custeio do Contrato de Gestão Emergencial nº 49/2021/SES-GO. 3) Inclusão de sub cláusula à Cláusula Nona do Contrato de Gestão Emergencial nº 49/2021/SES-GO. Parceiro Privado: IMED - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO. Vigência: a partir de 1º de outubro de 2021. Signatários: Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde; André Fonseca Lema - IMED Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento. GERÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS - SGI/SES-GO

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 46/2021-SES/GO (SLMB). Processo nº: 202100010026272

Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Reorganização dos leitos de internação dedicados ao enfrentamento da pandemia COVID-19 (ENFERMARIA). 2) Readequação do valor de repasse mensal para o custeio do Contrato de Gestão Emergencial nº 46/2021/SES-GO. 3) Inclusão de sub cláusula à Cláusula Nona do Contrato de Gestão Emergencial nº 46/2021/SES-GO. Parceiro Privado: IMED - Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento. Vigência: A partir de 1º de outubro de 2021. Signatários: Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. André Fonseca Lema - IMED Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento.

EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS

EXTRATO DO 8º TERMO ADITIVO AO TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE GESTÃO Nº 2/2013-SES/GO. Processo nº: 200900010015421

Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Prorrogação da vigência do Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013-SES/GO por 12 (doze) meses. 2) Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, com a consequente alteração dos Anexos Técnicos I, II, III, IV e V. 3) Readequação do valor do repasse mensal para o 8º Termo Aditivo ao Termo de Transferência de Gestão nº 002/2013 - SES/GO com a consequente alteração do Anexo V - Sistema de Repasse visando atender a complexidade dos serviços contratualizados. 4) Aporte de recursos financeiros relativos ao custo médio estimado para a quitação da integralidade da folha dos servidores cedidos à AGIR com lotação no HDS.. Parceiro Privado: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. Valor: R\$ 37.007.105,56. Vigência: 28/03/2021 a 27/03/2022. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.100.90 - 2850.10.122.4100.4144.01.100.90 - Signatários: Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde. Lucas Paula da Silva - Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. GERÊNCIA DE CONTRATOS E CONVÊNIOS - SGI/SES-GO

EXTRATO DO 11º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 123/2011-SES/GO. Processo nº: 200900010015421

Objeto: Constitui objeto do presente termo aditivo: 1) Prorrogação da vigência do Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO, por 12 (doze) meses. 2) Readequação do Plano de Metas de Produção e Desempenho, com a consequente alteração dos Anexos Técnicos I, II, III, IV e V. 3) Readequação do valor do repasse mensal para o 11º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 123/2011-SES/GO com a consequente alteração do Anexo Técnico V - Sistema de Repasse, visando atender a complexidade dos serviços contratualizados. 4) Readequação do valor do repasse mensal referente ao custeio dos Programas de Residência Médica e em Área de Saúde do CRER, conforme disposto no Anexo Técnico II. 5) Repasse de recursos financeiros, a título de custeio, para o fortalecimento e ampliação dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) no CRER. Parceiro Privado: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR. Valor: R\$ 165.167.563,92. Vigência: 28/03/2021 a 27/03/2022. Dotação Orçamentária: 2850.10.302.1043.2149.03.100.90 - 2850.10.122.4100.4144.01.100.90 - 2850.10.302.1043.2167.03.238.90 Signatários: Ismael Alexandrino Júnior - Secretário de Estado da Saúde; Lucas Paula da Silva - Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - AGIR.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E JUSTIÇA**EXTRATO DE INEXIGIBILIDADE Nº 011-2021**

Processo nº: 202000016002567. Contratante: Secretaria da Segurança Pública. Contratada: M1 Consultoria e Tecnologia Ltda, CNPJ: 09.165.969/0001-97. Objeto: Solução em varredura eletrônica. Recurso: 224/União. Valor total: R\$ 3.489.200,00 (três milhões quatrocentos e oitenta e nove mil e duzentos reais). Fundamentação: inciso I do Art. 25 da Lei nº 8.666/93. Ratificação: 08/10/2021. Agnaldo Augusto da Cruz Subsecretário da Segurança Pública



Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 10/06/2022

CNES: 2673932 Nome Fantasia: CRER CNPJ: 05.029.600/0001-04
 Nome Empresarial: ASSOCIACAO DE GESTAO INOVACAO E Natureza jurídica: ENTIDADES SEM FINS LUCRATIVOS
 Logradouro: AVENIDA VEREADOR JOSE MONTEIRO Número: 1655 Complemento: QD AREA LT AREA
 Bairro: NEGRAO DE LIMA Município: 520870 - GOIANIA UF: GO
 CEP: 74653-230 Telefone: (62) 3232-3000 Dependência: INDIVIDUAL Reg de Saúde: --
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL ESPECIALIZADO Subtipo: -- Gestão: ESTADUAL
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CIRO BRUNO SILVEIRA COSTA
 Cadastrado em: 17/05/2003 Atualização na base local: 27/05/2022 Última atualização Nacional: 05/06/2022
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR		
UTI ADULTO - TIPO II	20	20
UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	20	0
ESPEC - CIRURGICO		
CIRURGIA GERAL	5	5
NEFROLOGIAUROLOGIA	5	5
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	39	39

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
OTORRINOLARINGOLOGIA	21	21
PLASTICA	3	3
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	29	29
OUTRAS ESPECIALIDADES		
CRONICOS	3	3
REABILITACAO	51	51

Data desativação: --

Motivo desativação: --

3.1.3. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS.



DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Pela presente DECLARAÇÃO, representando a Secretaria Municipal de Saúde de Senador Canedo, torno público para os devidos fins, que Fabiana Lopes dos Santos, portadora do CPF 877.727.281-15 exerceu função de Diretora Administrativa da Maternidade Municipal Aristina Cândida, unidade hospitalar com 60 leitos clínicos.

Período de vigência do vínculo em gestão hospitalar: 01/01/2013 à 31/12/2013.

Descrição das atividades realizadas:

- Planejar, organizar, e dirigir as atividades administrativas do hospital.
- Estabelecer rotinas para o bom funcionamento do hospital garantindo eficiência operacional, administrativa e financeira.
- Acompanhar e avaliar o desempenho das questões burocráticas e administrativas da instituição hospitalar, no âmbito municipal.
- Controlar o quadro de servidores lotados em sua unidade hospitalar, acompanhando os desempenhos funcionais.
- Elaborar relatórios técnicos e emitir pareceres em assuntos de natureza administrativa.
- Desenvolver e implementar políticas efetivas para todos os procedimentos operacionais, incluindo lavanderia, manutenção predial, nutrição, rouparia, almoxarifado, farmácia, limpeza e conservação, equipamentos médicos e não médicos.
- Monitorar a execução das metas e indicadores hospitalares;

Senador Canedo, 13 de junho de 2022.

Ludmyla Maranhã Rosa Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Decreto de Nomeação nº 16/2022

Ludmyla Maranhã R. Fernandes
Secretária Municipal de Saúde
Senador Canedo
Decreto nº 016/2022

GO-403 KM 09 - RESIDENCIAL BOA VISTA - TEL.: (62) 3275-9929

✉ secretariadesaudecanedo@gmail.com



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: **16/06/2022**

Nome Civil: **FABIANA LOPES DOS SANTOS**

CPF: **877.727.281-15**

Data de Nascimento: **09/01/1979**

Sexo: **Feminino**

Nacionalidade: **Brasileira**

Nome da Mãe: **AMELIA IZABEL DOS SANTOS**

Contratos de Trabalho

- 12/07/2021 - Aberto

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS EM SAUDE

CNPJ: 05.029.600/0001-04

Ocupação: **252105 - ADMINISTRADOR**

Salário Contratual: **R\$ 5.522,54**

Remuneração Inicial: **R\$ 13.966,27**

Última Remuneração Informada: **R\$ 22.583,18** (05/2022)

Anotações

16/12/2021 - Ocupação alterada para ADMINISTRADOR

13/06/2022 - Salário alterado para R\$ 6.991,22

01/02/2022 - Salário alterado para R\$ 6.991,22

16/12/2021 - Salário alterado para R\$ 6.991,22

18/10/2021 - Salário alterado para R\$ 5.715,83

06/10/2021 - Salário alterado para R\$ 5.715,83

31/08/2021 - Salário alterado para R\$ 5.715,83

01/08/2021 - Salário alterado para R\$ 5.715,83

12/07/2021 - Admissão

**3.1.4. CERTIFICADO DE ENTIDADE BENEFICENTE DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL (CEBAS) ATIVO E REGULAR.**



Certificado

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR inscrita(o) no CNPJ N° 05.029.600/0001-04, está certificada(o) como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da Saúde e, como tal, presta serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS.

Brasília-DF, 23 de Novembro de 2012

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR
SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA
MINISTRO DA SAÚDE

* Conforme Portaria SAS/MS N° 0611, publicada no DOU em 29 de junho de 2012

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Secretaria de Atenção à Saúde**PORTARIA Nº 1.073, DE 17 DE JULHO DE 2018**

Defer a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, da Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, com sede em Goiânia (GO).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 e suas alterações, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulamentada pelo Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014;

Considerando a Portaria nº 2.500/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a elaboração, a proposição, a tramitação e a consolidação de atos normativos no âmbito do Ministério da Saúde;

Considerando a competência prevista no art. 142 da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando o Parecer Técnico nº 519/2018-CGCER/DCEBAS/SAS/MS, constante do Processo nº 25000.107353/2018-06, que concluiu pelo atendimento dos requisitos constantes da Lei nº 12.101 de 27 de novembro de 2009, suas alterações e demais legislações pertinentes, resolve:

Art. 1º Fica deferida a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, pela prestação anual de serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento), da Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, CNPJ nº 05.029.600/0001-04, com sede em Goiânia (GO).

Parágrafo único. A Renovação tem validade pelo período de 29 de junho de 2018 à 28 de junho de 2021.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO



Publicado em: 28/12/2018 | Edição: 249 | Seção: 1 | Página: 433
Órgão: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde

RETIFICAÇÃO

Na Portaria nº. 1.073, de 17 de julho de 2018, publicada no Diário Oficial da União nº 139, de 20 de julho de 2018, Seção 1, página 32:

ONDE SE LÊ:

Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, CNPJ nº 05.029.600/0001-04.

LEIA-SE:

Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR, CNPJ nº 05.029.600/0002-87.

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada (pdf).





Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde

DECLARAÇÃO

Processo nº 25000.095355/2021-32

Interessado: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde (AGIR)

Entidade: Associação de Gestão, Inovação, e Resultados em Saúde - AGIR

CNPJ nº 05.029.600/0002-87

Avenida Vereador José Monteiro, nº 1.655, Qd Área Lt Área – Bairro: Setor Negrão de Lima.

CEP 74.653-230 - Goiânia/ GO.

Em atenção à solicitação contida no e-mail, de 23/06/2021, registrado pelo SEI nº 25000.095355/2021-32, acerca do andamento do requerimento de renovação de Certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS – relativo à Associação de Gestão, Inovação, e Resultados em Saúde - AGIR, inscrita no CNPJ nº 05.029.600/0002-87, temos a informar que consultando o nosso Sistema de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social – SISCEBAS verifica-se que a aludida Entidade, teve o seu Certificado **deferido** (SEI nº 25000.107353/2018-06) conforme Portaria SAES/MS nº 1.073, de 17/07/2018, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 20/07/2018, retificada pela Portaria SAES/MS nº 1.073, de 17/07/2018, publicada no Diário Oficial da União (DOU) em 28/12/2018, com validade de **29/06/2018 a 28/06/2021**. A retificação ocorreu após, em 23/11/2018, a entidade informa alteração em seu CNPJ, de forma que o CNPJ da matriz agora corresponde ao nº 05.029.600/0002-87, informação verificada em consulta o site da Receita Federal

Em cumprimento ao que dispõe o § 1º do Artigo 24, da Lei 12.101, de 27/11/2009, na qual prevê que “§ 1º *Será considerado tempestivo o requerimento de renovação da certificação protocolado no decorrer dos 360 (trezentos e sessenta) dias que antecedem o termo final de validade do certificado*” informamos que a entidade protocolou em 29/12/2020, **tempestivamente**, o seu requerimento de renovação, conforme SEI nº 25000.183662/2020-99, o qual se encontra aguardando manifestação do Ministério da Cidadania – MC.

Até a presente data o processo com o pedido de renovação não foi concluído, estando a Entidade alcançada pelo disposto no §2º, do art. 24, da Lei 12.101/2009, ao estabelecer que “§ 2º ***a certificação da entidade permanecerá válida até a data da decisão sobre o requerimento de renovação tempestivamente apresentado***”.

Ainda em relação à condição de tempestividade da entidade, cumpre-nos citar o disposto no § 3º do artigo 8º, do Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014, ao dispor que:

“. 8º O protocolo do requerimento de renovação da certificação será considerado prova da certificação até o julgamento do seu processo pelo Ministério certificador.

§ 1º O disposto no *caput* aplica-se aos requerimentos de renovação da certificação redistribuídos nos termos do art. 35 da Lei nº 12.101, de 2009, assegurado às entidades interessadas o fornecimento de cópias dos protocolos.

§ 2º O disposto no *caput* não se aplica aos requerimentos de renovação da certificação protocolados fora do prazo legal ou com certificação anterior tornada sem efeito por qualquer motivo.

§ 3º A validade e a tempestividade do protocolo serão confirmadas pelo interessado mediante consulta da tramitação processual do requerimento na página do Ministério certificador na internet ou, na impossibilidade, por certidão expedida pelo Ministério certificador.”

Isto posto, são estas as informações que nos cabe apresentar, ressaltando que para acompanhar o andamento do processo e para maiores esclarecimentos em relação à Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde, sugerimos acessar <http://siscebas.saude.gov.br/siscebas/> link: “para acessar a visualização pública clique aqui”, pasta “documentos vinculados a esta entidade” e selecionar o protocolo SEI correspondente.

Para confirmar essas informações, sugerimos ligar para (61) 3315-6107 ou (61) 3315-7966.

ADRIANA LUSTOSA ELOI VIEIRA

Diretora



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Lustosa Eloi Vieira, Diretor(a) do Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde**, em 06/07/2021, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0021498678** e o código CRC **7A7A852A**.

3.1.5. CERTIFICADO DE ACREDITAÇÃO – ONA, JOINT COMISSION INTERNATIONAL, QMENTUM DA CANADÁ ACCREDITATION INTERNATIONAL OU OUTRAS ENTIDADES E INSTITUIÇÕES ACREDITADORAS RECONHECIDAS OBTIDOS NA GESTÃO DA OSS

certificado

Certificado nº 0716/007/0815 | Validade: 12/2022

A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a


CENTRO E. DE REAB E READ DR. HENRIQUE SANTILLO CRER

CNPJ: 05.029.600/0001-04

foi avaliada(a) pela Instituição Acredritadora Credenciada **Instituto Qualisa de Gestão - IQG**, de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma para acreditação de serviços Hospitalares, sendo-lhe conferido(a) o Certificado de

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA.

São Paulo, 13 de dezembro de 2019.


Organização Nacional de Acreditação


Instituição Acredritadora Credenciada



0904

Organização Nacional de Acreditação



Entidades fundadoras



Entidades associadas



A Organização Nacional de Acreditação certifica o/a

AGIR - HUGOL

CNPJ: 05.029.600/0003-68



foi avaliada(o) pela Instituição Acreditadora Credenciada **Fundação Carlos Alberto Vanzolini - FCAV**, de acordo com o manual Brasileiro de Acreditação - Versão 2018, Norma de Serviços Hospitalares, sendo-lhe conferido(a) Certificado de

ACREDITADO COM EXCELÊNCIA

São Paulo, 06 de Janeiro de 2022

[Signature]
Organização Nacional De Acreditação

[Signature]
Instituição Acreditadora Credenciada



Entidades Fundadoras e Associadas



certificado

2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
Rua Gerônimo Mey, 859, Cl. Av. 24 de Outubro, nº 158 Campinas,
Colônia-GO, CEP: 74515-020 - Fone: (027) 3233-0055
www.cartorioantoniodoprado.com.br

AUTENTICAÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL.

Goiania-GO, 09/06/2022, às 15:43:07 horas.

LUANNA CHRISTINA PEREIRA CARVALHO -

SUBOFICIAL E ESCREVENTE

Selo Eletrônico nº 00072206066072324331366



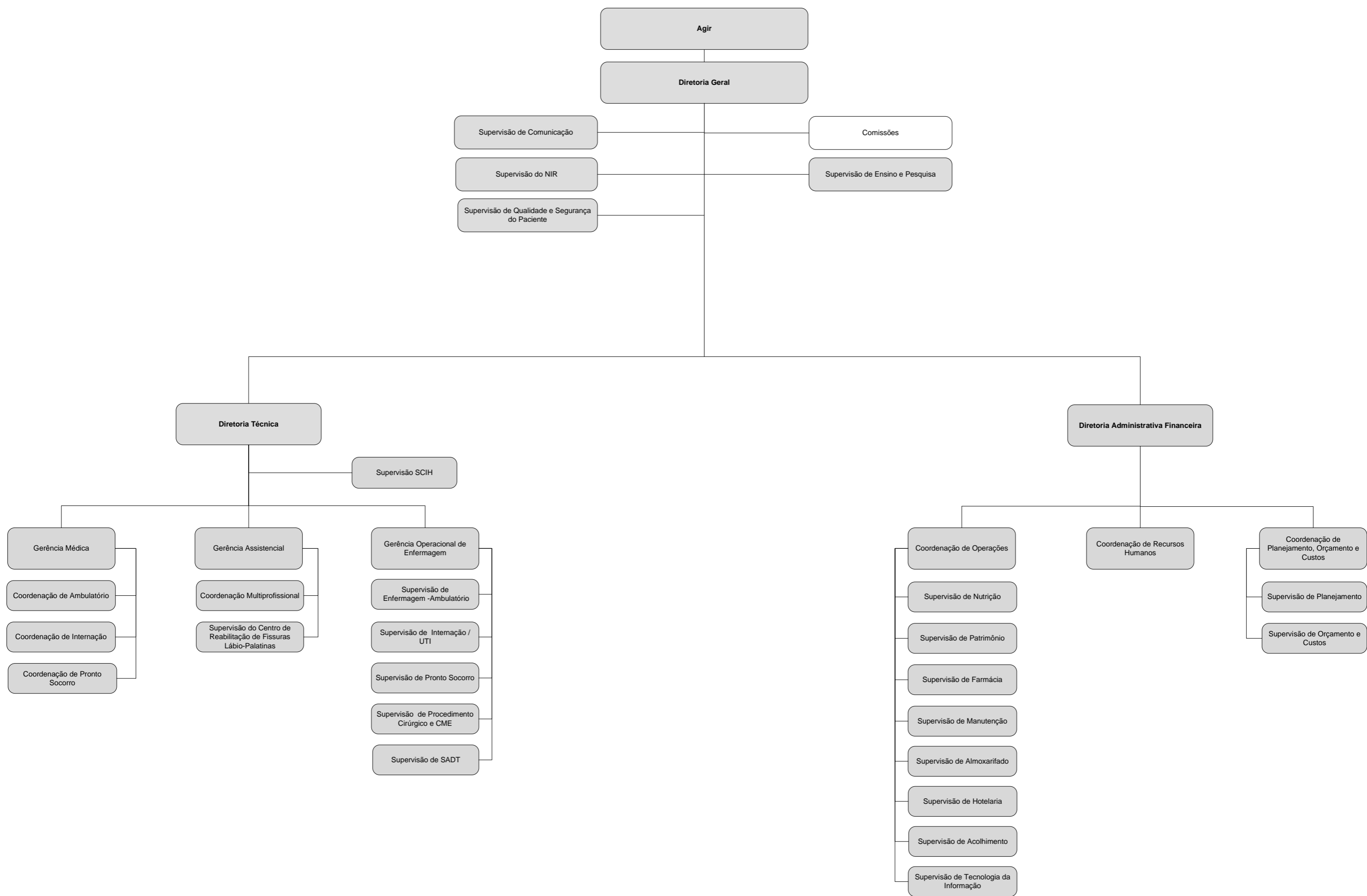
CARTÓRIO ANTONIO DO PRADO
2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
Luanna Christina Pereira Carvalho
Suboficial e Escrevente

3.2. ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIREÇÃO

3.2.1. APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO

O corpo diretivo do HECAD será composto por 3 (três) diretorias, a saber: Diretoria Geral, Diretoria Técnica e Diretoria Administrativa e Financeira, e nos demais níveis estará estruturado em Gerências, Coordenações e Supervisões dos Serviços, Unidades e Clínicas, tais como: Gerência Operacional de Enfermagem, Gerência Médica, Gerência Multiprofissional, Coordenação de Planejamento, Orçamentos e Custos, Coordenação de Operações e Coordenação de Recursos Humanos, conforme demonstrado na figura abaixo.

Hospital Estadual da Criança e do Adolescente



Definição das competências de cada membro do corpo diretivo

Conforme apresentado a seguir, as descrições de competências e atribuições referem-se aos seguintes membros do corpo diretivo funções:

- Diretor Geral;
- Diretor Administrativo e Financeiro;
- Diretor Técnico.

**Sistema de Gestão da Qualidade
FORMULÁRIO PARA DESCRIÇÃO DE CARGOS**

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

CARGO: Diretor (a) Geral

ÁREA / SETOR: Diretoria Geral

ESTRUTURA / NÍVEL:

Diretor

MISSÃO

Cumprir e fazer cumprir o Contrato de Gestão da unidade, dirigindo todos os processos relativos ao contrato, a fim de garantir o cumprimento das metas de produção assistencial e financeira alinhado ao planejamento estratégico da Instituição.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

Estabelecer diretrizes, baseando-se nas metas estabelecidas no Contrato de Gestão, para garantir a qualidade dos serviços, sempre que necessário.

Cumprir e fazer cumprir toda a normatização administrativa, financeira e assistencial, acompanhando as áreas, para assegurar a continuidade e qualidade da prestação dos serviços, diariamente.

Garantir o cumprimento das metas e resultados, acompanhando os resultados junto ao corpo gerencial, para definir melhorias e garantir a prestação dos serviços, diariamente.

Dirigir diretores, acompanhando as responsabilidades, para garantir a qualidade e eficiência dos serviços prestados, diariamente.

Assegurar o cumprimento da missão da Unidade, acompanhando os resultados, para garantir a excelência dos serviços prestados, diariamente.

Responder pelas ações da Unidade, prestando contas ao corporativo e a órgãos públicos, para garantir transparência e conformidade aos serviços prestados, diariamente.

Interagir com órgãos governamentais, participando de reuniões e eventos externos, para compartilhar os resultados alcançados, sempre que necessário.

Dirigir e acompanhar as reuniões de líderes, aproximando os gestores às estratégias do negócio, para que se tenha fluidez no desdobramento das ações em todos os níveis organizacionais, semanalmente.

Determinar a abertura de inquéritos administrativos e sindicâncias, definindo a abertura, para realização de investigação, sempre que necessário.

Demais atividades correlatas.

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)

FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência.
	FORMAÇÃO EM:	Graduação em Medicina, Administração de Empresas ou áreas afins, Pós-graduação em Gestão de Saúde, Gestão de Pessoas e/ou correlatas.
EXPERIÊNCIA:	5	5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	4	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	3	O trabalho pode apresentar erros eventuais, ocasionando relativa perda de tempo, retrabalho para sua correção e moderada influência nos custos
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre Gerentes.
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	3	O cargo tem contatos prioritários com clientes e/ou fornecedores.
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	4	O cargo proporciona acesso a planos e objetivos de assuntos considerados estritamente confidenciais que, se forem divulgados, poderão causar sérios embaraços e/ou grandes prejuízos financeiros e/ou morais à empresa. Discrição e integridade máximas são requisitos essenciais ao cargo.
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	1	Condições ideais de trabalho.

CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	Gestão Hospitalar, Regulação Estadual, Legislação do SUS, Orçamento Empresarial, Excel ou similares, Gestão de pessoas, Metodologia Lean, Ferramentas da Qualidade, Planejamento Estratégico
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	Gestão de unidades de saúde e orçamento empresarial.

COMPETÊNCIAS	
COMPETÊNCIA CORE	
TRANSPARÊNCIA, QUALIDADE E EXCELÊNCIA	Capacidade de agir com base em padrões de qualidade, com foco na melhoria contínua para a excelência dos processos e transparência das ações, reafirmando o propósito de cuidar de vidas.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ATITUDE	
ENGAJAMENTO E ADERÊNCIA CULTURAL (VALORES)	É engajada com o propósito da instituição e se posiciona com encantamento diante dos nossos valores e cultura.
INOVAÇÃO / CRIATIVIDADE	Capacidade de propor novas ideias, soluções e métodos de trabalho que agregam valor aos objetivos organizacionais. Usa as ideias para aperfeiçoar o seu trabalho, mesmo diante de escassez de recursos.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ASPECTOS RELACIONAIS	
TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICAS DE CONVIVÊNCIA	Capacidade de interagir com a equipe, gestores e clientes de forma positiva e respeitosa, colaborando para o bom clima do ambiente de trabalho e para solução das demandas do setor.
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL (RESILIÊNCIA)	Capacidade de reconhecer e avaliar os próprios sentimentos e os dos outros, assim como a capacidade de lidar com eles. Capacidade de manter ponderação em situações de imprevistos, adversidades e pressão, conduzindo as ações de forma equilibrada.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL FUNCIONAL	
ÉTICA E INTEGRIDADE	Capacidade de agir com ética e integridade, respeitando as pessoas, os valores, os processos e as regras de conduta da Instituição.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DISTINTIVA	
VISÃO SUSTENTÁVEL	Compreende os processos e as estratégias da instituição, bem como consegue fazer conexões entre as suas entregas e a entrega das demais áreas.
COMPETÊNCIA DE RESULTADOS	
FOCO EM RESULTADOS	Capacidade de cumprir as metas e resultados da sua área, e comprometer-se com as entregas do seu cargo.
COMPETÊNCIA TÉCNICA	
DOMÍNIO TÉCNICO	Capacidade de usar o conhecimento técnico relativo à sua área e/ou atividade de trabalho para gerar as melhores soluções e prestar um trabalho com excelência.
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA	
TOMADA DE DECISÃO	Capacidade de analisar riscos e oportunidades, e identificar a alternativa mais adequada para solucionar um problema.
LIDERANÇA E FORMAÇÃO DE PESSOAS	Capacidade de gerenciar a equipe utilizando técnicas de motivação, delegação e integração, inspirando a equipe a trabalhar com entusiasmo, conduzindo-os à eficácia em resultados. Capacidade de ensinar e desenvolver competências na equipe. Capacidade de ouvir as pessoas da equipe, estimulando sugestões.
PLANEJAMENTO E VISÃO ESTRATÉGICA	Capacidade de planejar e estabelecer estratégia, metas e ações alinhadas a visão integrada da instituição.

Identificação	Armazenamento	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 053-01 p./	Setor Responsável pelo Processo	Por nº de processo	Permanente	Não Aplicável

Sistema de Gestão da Qualidade
FORMULÁRIO PARA DESCRIÇÃO DE CARGOS

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

CARGO: Diretor (a) Administrativo e Financeiro

ÁREA / SETOR: DAF

ESTRUTURA / NÍVEL:

Diretor

MISSÃO

Dirigir os processos administrativos, operacionais e financeiros relativos à unidade, a fim de garantir o cumprimento das metas estabelecidas em contrato de gestão, a melhoria contínua dos processos e alcance de resultados estabelecidos pelo planejamento estratégico da Instituição.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

Apoiar e acompanhar a rotina da equipe na implantação e/ou melhoria de novos projetos, programas, processos, procedimentos, sistemas, fluxos e/ou procedimentos, gerindo mecanismos, para garantir a qualidade dos serviços, sempre que necessário.

Dirigir o processo de prestação de contas da produção hospitalar, dos recursos orçamentários e financeiros da Instituição, baseando-se no planejamento adequado dos recursos disponíveis e o acompanhamento contínuo, para garantir o cumprimento da política de accountability, o alcance das metas do contrato de gestão e objetivos Institucionais, e o cumprimento do Planejamento Estratégico da Instituição, diariamente.

Criar e/ou implantar estratégias, empregando metodologias e processos de trabalho pautados por práticas inovadoras, melhoria contínua e análises dos resultados, para corroborar com o desenvolvimento e resultados ligados ao cumprimento das metas e objetivos estratégicos da Instituição, sempre que necessário.

Dirigir reuniões de líderes, aproximando os gestores às estratégias do negócio, para que se tenha fluidez no desdobramento das ações em todos os níveis organizacionais, semanalmente.

Garantir o gerenciamento dos contratos bens, insumos e serviços das áreas administrativas, operacionais e financeiras, acompanhando sistema de gestão, relatórios e indicadores, para assegurar a continuidade da prestação dos serviços e o cumprimento das Políticas e diretrizes institucionais, semanalmente.

Projetar, acompanhar, analisar e executar o orçamento da unidade, plano de investimentos, fluxo de caixa, apuração e análises de custos, utilizando relatórios gerenciais e indicadores fornecidos pelas áreas competentes, para garantir aplicação eficiente e eficaz dos recursos, semanalmente.

Dirigir a cadeia logística, no âmbito da unidade, administrando os estoques, através dos softwares de gestão e da adoção de processos, fluxos operacionais enxutos e indicadores de gestão, visando o abastecimento adequado e tempestivo, para cumprir as Políticas e Diretrizes institucionais, diariamente.

Dirigir a infraestrutura, o parque patrimonial e tecnológico da unidade, estabelecendo uma gestão sistêmica, através de softwares de gestão e acompanhamento de processos, fluxos e indicadores, para garantir as entregas dos serviços, diariamente.

Estabelecer Gestão Sustentável de Recursos, no âmbito da unidade, implantando projetos, campanhas, planos de gerenciamento de resíduos, fluxos e indicadores, para garantir o adequado gerenciamento de resíduos hospitalares, a adoção de práticas de responsabilidade social e de sustentabilidade ambiental, sempre que necessário.

Liderar o processo de gestão de pessoas, no âmbito da unidade, utilizando metodologias, processos de trabalho e indicadores, para focar estrategicamente no desenvolvimento do capital humano e garantir o dimensionamento otimizado de recursos humanos, diariamente.

Dirigir o processo de gestão da qualidade e riscos, estabelecendo procedimentos operacionais rotinas, fluxos, protocolos e indicadores, para assegurar a prestação de serviços hospitalares com segurança, de forma eficiente e eficaz, e para promover melhoria contínua dos processos, conforme as Políticas e Diretrizes Institucionais, diariamente.

Promover e cumprir a Política de Compliance e Qualidade, adotando a melhoria contínua nos processos, rotinas e fluxos, através de revisão periódica dos mesmos e análise de relatórios dos setores competentes, para garantir a integridade e conformidade com os instrumentos normativos para entrega de valor aos públicos, sempre que necessário.

Apoiar a Diretoria Geral / Superintendências / Conselho de Administração nos assuntos técnico-administrativos, realizando análises e pareceres, para subsidiar decisões estratégicas no âmbito da Unidade, sempre que necessário.

Demais atividades correlatas.

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)

FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência.
	FORMAÇÃO EM:	Ensino Superior completo em Ciências Contábeis, Administração, Economia ou áreas afins. Registro de quitação com as obrigações junto ao órgão responsável. Pós-graduação em Gestão da Saúde, Gestão de Pessoas e/ou correlatas.
EXPERIÊNCIA:	5	5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	4	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes

RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a empresa, desgaste e prejuízo de sua imagem.
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre Gerentes.
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	3	O cargo tem contatos prioritários com clientes e/ou fornecedores.
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	4	O cargo proporciona acesso a planos e objetivos de assuntos considerados estritamente confidenciais que, se forem divulgados, poderão causar sérios embaraços e/ou grandes prejuízos financeiros e/ou morais à empresa. Discrição e integridade máximas são requisitos essenciais ao cargo.
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	1	Condições ideais de trabalho.

CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	Gestão de pessoas, Administração Financeira e Custos Hospitalares, Gestão patrimonial, Suprimentos e Logística, Planejamento Estratégico, Metodologia Lean, Ferramentas da Qualidade, Informática.
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	Experiência em cargos de gestão em empresas do segmento de saúde e/ou terceiro setor (OS).

COMPETÊNCIAS	
COMPETÊNCIA CORE	
TRANSPARÊNCIA, QUALIDADE E EXCELÊNCIA	Capacidade de agir com base em padrões de qualidade, com foco na melhoria contínua para a excelência dos processos e transparência das ações, reafirmando o propósito de cuidar de vidas.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ATITUDE	
ENGAJAMENTO E ADERÊNCIA CULTURAL (VALORES)	É engajada com o propósito da instituição e se posiciona com encantamento diante dos nossos valores e cultura.
INOVAÇÃO / CRIATIVIDADE	Capacidade de propor novas ideias, soluções e métodos de trabalho que agregam valor aos objetivos organizacionais. Usa as ideias para aperfeiçoar o seu trabalho, mesmo diante de escassez de recursos.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ASPECTOS RELACIONAIS	
TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICAS DE CONVIVÊNCIA	Capacidade de interagir com a equipe, gestores e clientes de forma positiva e respeitosa, colaborando para o bom clima do ambiente de trabalho e para solução das demandas do setor.
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL (RESILIÊNCIA)	Capacidade de reconhecer e avaliar os próprios sentimentos e os dos outros, assim como a capacidade de lidar com eles. Capacidade de manter ponderação em situações de imprevistos, adversidades e pressão, conduzindo as ações de forma equilibrada.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL FUNCIONAL	
ÉTICA E INTEGRIDADE	Capacidade de agir com ética e integridade, respeitando as pessoas, os valores, os processos e as regras de conduta da Instituição.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DISTINTIVA	
VISÃO SISTÊMICA E CONHECIMENTO DO NEGÓCIO	Compreende os processos e as estratégias da instituição, bem como consegue fazer conexões entre as suas entregas e a entrega das demais áreas.
COMPETÊNCIA DE RESULTADOS	
FOCO EM RESULTADOS	Capacidade de cumprir as metas e resultados da sua área, e comprometer-se com as entregas do seu cargo.
COMPETÊNCIA TÉCNICA	
DOMÍNIO TÉCNICO	Capacidade de usar o conhecimento técnico relativo à sua área e/ou atividade de trabalho para gerar as melhores soluções e prestar um trabalho com excelência.

COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA	
TOMADA DE DECISÃO	Capacidade de analisar riscos e oportunidades, e identificar a alternativa mais adequada para solucionar um problema.
LIDERANÇA E FORMAÇÃO DE PESSOAS	Capacidade de gerenciar a equipe utilizando técnicas de motivação, delegação e integração, inspirando a equipe a trabalhar com entusiasmo, conduzindo-os à eficácia em resultados. Capacidade de ensinar e desenvolver competências na equipe. Capacidade de ouvir as pessoas da equipe, estimulando sugestões.
PLANEJAMENTO E VISÃO ESTRATÉGICA	Capacidade de planejar e estabelecer estratégia, metas e ações alinhadas a visão integrada da instituição.

Identificação	Armazenamento	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 053-01 p./	Setor Responsável pelo Processo	Por nº de processo	Permanente	Não Aplicável

**Sistema de Gestão da Qualidade
FORMULÁRIO PARA DESCRIÇÃO DE CARGOS**

DESCRIÇÃO E ESPECIFICAÇÕES DO CARGO

CARGO: Diretor (a) Técnico

ÁREA / SETOR: -

ESTRUTURA / NÍVEL:

Diretor

MISSÃO

Planejar, avaliar e dirigir as rotinas relacionados à assistência ao paciente, ao corpo clínico e demais profissionais de saúde.

PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES

Planejar, avaliar e dirigir funcionamento dos serviços relacionados à assistência técnica em saúde, assegurando as condições técnicas de atendimento na instituição, para garantir a assistência segura e de qualidade ao paciente, diariamente.

Disponer dos meios adequados para o exercício dos serviços sob sua direção, visando melhor desempenho, para assegurar a continuidade do serviço prestado e assistência segura e de qualidade ao paciente, diariamente.

Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, mantendo atualização e divulgação, para garantir a execução das orientações em consonância com as disposições legais, diariamente.

Prestar contas a diretoria geral da unidade, ao corporativo e demais órgãos, fornecendo relatórios gerenciais, indicadores de performance das áreas ligadas a sua gestão e realizando estudos de viabilidade econômica para novos projetos e produtos, para garantir a continuidade do serviço e a sustentabilidade do negócio, sempre que necessário.

Representar a instituição em reuniões oficiais com as autoridades sanitárias e outras, seguindo determinação do Conselho Federal de Medicina, para atendimento à norma, sempre que necessário.

Fomentar as produções técnico-científicas desenvolvidas na unidade, direcionando as gerências quanto as diretrizes estabelecidas, a fim de fortalecer o ensino e pesquisa institucional, diariamente.

Assegurar o funcionamento das Comissões de Ética Médica e de Enfermagem, seguindo resoluções pertinentes dos conselhos de classes, a fim de atender as normas estipuladas, diariamente.

Certificar e regular habilitação dos profissionais da área assistencial, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação dos documentos, para assegurar que estejam regulares com seus respectivos conselhos de classe, sempre que necessário.

Divulgar as orientações dadas pela instituição, utilizando meios de comunicação internos, para garantir que sejam cumpridas, sempre que necessário.

Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do corpo clínico Institucional, divulgando-o, para garantir o conhecimento destas normas pelos colaboradores, sempre que necessário.

Demais atividades correlatas.

ESPECIFICAÇÃO DO CARGO (REQUISITOS DE ACESSO)

FATORES	GRAU	DESCRIÇÃO
GRAU DE INSTRUÇÃO:	5	Pós-Graduação completa em nível Lato Sensu/Stricto Sensu/Residência.
	FORMAÇÃO EM:	Graduação em Medicina com registro no Conselho Regional de Medicina, Especialização na área de Gestão em Saúde ou áreas afins.
EXPERIÊNCIA:	5	5 anos e 1 mês a 10 anos
CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS / CERTIFICAÇÕES:	4	O cargo necessita de cursos e/ou capacitações com regularidade frequente e atualizações constantes
RESPONSABILIDADES POR ERROS:	4	O trabalho exige elevado grau de exatidão, atenção e senso de responsabilidade para evitar erros que podem causar grandes perdas financeiras para a empresa, desgaste e prejuízo de sua imagem.
RESPONSABILIDADES POR GESTÃO:	6	O cargo exerce liderança sobre Gerentes.
RESPONSABILIDADES POR CONTATOS:	3	O cargo tem contatos prioritários com clientes e/ou fornecedores.
RESPONSABILIDADES POR DADOS CONFIDENCIAIS:	4	O cargo proporciona acesso a planos e objetivos de assuntos considerados estritamente confidenciais que, se forem divulgados, poderão causar sérios embaraços e/ou grandes prejuízos financeiros e/ou morais à empresa. Discrição e integridade máximas são requisitos essenciais ao cargo.
CONDIÇÕES DE TRABALHO:	1	Condições ideais de trabalho.

CONHECIMENTOS E HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	Planejamento Estratégico, Ferramentas da Qualidade, Gestão Hospitalar, conhecimento em Regulação Estadual, Legislação do SUS, Metodologia Lean.
HABILIDADES TÉCNICAS ESPECÍFICAS	Vivência com gestão em empresas do segmento de saúde.

COMPETÊNCIAS

COMPETÊNCIA CORE	
TRANSPARÊNCIA, QUALIDADE E EXCELÊNCIA	Capacidade de agir com base em padrões de qualidade, com foco na melhoria contínua para a excelência dos processos e transparência das ações, reafirmando o propósito de cuidar de vidas.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ATITUDE	
ENGAJAMENTO E ADERÊNCIA CULTURAL (VALORES)	É engajada com o propósito da instituição e se posiciona com encantamento diante dos nossos valores e cultura.
INOVAÇÃO / CRIATIVIDADE	Capacidade de propor novas ideias, soluções e métodos de trabalho que agregam valor aos objetivos organizacionais. Usa as ideias para aperfeiçoar o seu trabalho, mesmo diante de escassez de recursos.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DE ASPECTOS RELACIONAIS	
HUMANIZAÇÃO E EMPATIA	Capacidade de avaliar o próprio comportamento pensando em como as outras pessoas irão se sentir, bem como prestar uma assistência com empatia, atenção e acolhimento.
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL (RESILIÊNCIA)	Capacidade de reconhecer e avaliar os próprios sentimentos e os dos outros, assim como a capacidade de lidar com eles. Capacidade de manter ponderação em situações de imprevistos, adversidades e pressão, conduzindo as ações de forma equilibrada.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL FUNCIONAL	
ÉTICA E INTEGRIDADE	Capacidade de agir com ética e integridade, respeitando as pessoas, os valores, os processos e as regras de conduta da Instituição.
COMPETÊNCIA COMPORTAMENTAL DISTINTIVA	
VISÃO SUSTENTÁVEL	Compreende os processos e as estratégias da instituição, bem como consegue fazer conexões entre as suas entregas e a entrega das demais áreas.
COMPETÊNCIA DE RESULTADOS	
FOCO EM RESULTADOS	Capacidade de cumprir as metas e resultados da sua área, e comprometer-se com as entregas do seu cargo.
COMPETÊNCIA TÉCNICA	
DOMÍNIO TÉCNICO	Capacidade de usar o conhecimento técnico relativo à sua área e/ou atividade de trabalho para gerar as melhores soluções e prestar um trabalho com excelência.
COMPETÊNCIA DE LIDERANÇA	
TOMADA DE DECISÃO	Capacidade de analisar riscos e oportunidades, e identificar a alternativa mais adequada para solucionar um problema.
LIDERANÇA E FORMAÇÃO DE PESSOAS	Capacidade de gerenciar a equipe utilizando técnicas de motivação, delegação e integração, inspirando a equipe a trabalhar com entusiasmo, conduzindo-os à eficácia em resultados. Capacidade de ensinar e desenvolver competências na equipe. Capacidade de ouvir as pessoas da equipe, estimulando sugestões.
PLANEJAMENTO E VISÃO ESTRATÉGICA	Capacidade de planejar e estabelecer estratégia, metas e ações alinhadas a visão integrada da instituição.

Identificação	Armazenamento	Recuperação	Retenção	Disposição dos registros
REG 053-01 p./	Setor Responsável pelo Processo	Por nº de processo	Permanente	Não Aplicável

3.2.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO/GESTÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES

Conforme apresentado a seguir, as titulações referem-se aos seguintes especialistas e correspondentes funções:



CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

CERTIFICADO

O REITOR DO CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES E TENDO PRESENTE A CONCLUSÃO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, REALIZADO NA CIDADE GOIÂNIA - GO, NO PERÍODO DE 03 DE DEZEMBRO DE 1998 À 02 DE OUTUBRO DE 1999, COM CARGA HORÁRIA DE 480 HORAS, CONFERE O TÍTULO DE

ESPECIALISTA A

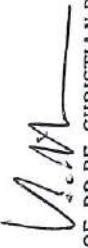
Dante Garcia de Paula

BRASILEIRO (A), NASCIDO (A) À 02 DE ABRIL DE 1974, EM INHUMAS - GO
R.G. Nº 3121142-758272 SSP/GO

A FIM DE QUE POSSA GOZAR DE TODOS OS DIREITOS E PRERROGATIVAS LEGAIS
SÃO PAULO, 25 DE MARÇO DE 2004.


PROFª SIMONE UZUELLI LEGUTCKE
SECRETÁRIA GERAL

PÓS GRADUADO (A)


PROF. DR. PE. CHRISTIAN DE PAUL DE BARCHIFONTAINE
REITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1498 - Cid. F-41 Lt 192/194 - Sotor Sul - Goiânia - GO - CEP: 74055-325
FONE: (62) 3223-1014

AUTENTICAÇÃO
01132206110124724330866 - Consulte em <http://extrajudicial.tjgo.jus.br/escic>
Conferir com o original. Dou Fe. Em Te. da Verdade Goiânia-GO, 15 de junho de 2022, cc438892.

Ezequiel da Silva Carvalho Escrevente



HISTÓRICO ESCOLAR
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

NÍVEL: Especialização
ALUNO (A): Dante Garcia de Paula
NATURALIDADE: Inhumas – GO
RG: 3121142-758272 SSP/GO

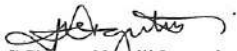
PERÍODO: 03/12/1998 a 02/10/1999
DATA DE NASCIMENTO: 02/04/1974
NACIONALIDADE: Brasileira
GRADUAÇÃO: Administração de Empresas – 1998

DISCIPLINAS/DOCENTES	C.H.	FREQ. %	NOTA
Introdução à Administração Hospitalar Guy Marie Martin Langohr/Doutor	20	100	10.0
Métodos de Qualidade e Produtividade Hospitalar Fernando Toledo Ferraz/Doutor	20	100	10.0
Planejamento Estratégico Fernando Antônio Pereira Braga/Mestre	20	100	10.0
Administração Financeira, Orçamentária e Tributária Guy Marie Martin Langohr/Doutor	60	75	8.5
Metodologia da Pesquisa Eduardo Lúcio Soares/Doutor	60	100	10.0
Administração de Recursos Humanos Carlos Antônio Seabra Guimarães/Especialista	20	100	10.0
Administração de Recursos Materiais e Patrimoniais Paulo Sérgio Soares da Silva/Especialista	20	100	7.0
Administração de Recursos Físicos Claudio da Fonseca Vigo/Especialista	20	100	10.0
Administração do Serviço do Prontuário do Paciente Alessandro Purcino Andrade/Especialista	20	100	10.0
Administração do Serviço de Nutrição e Dietética Bernadette Bittencourt da Fonseca/Especialista	20	100	10.0
Administração do Serviço de Higiene e Processamento de Roupas Mauro da Rocha Silva/Mestre	20	100	9.0
Administração dos Serviços Médicos Fabiano Pereira Nunes/Mestre	20	75	9.8
Administração da Logística Operacional Neusa Maria Oliveira/Livre Docente	20	100	10.0
Marketing Hospitalar Robson Materko/Mestre	20	100	10.0
Ética no Trabalho Carmen Luiza Cabral Marinho/Mestre	20	75	8.5
Visita às Empresas/Relatórios	20	-	-
Monografia – <i>Título:</i> “Diagnósticos sobre segurança hospitalar”.	80	-	7.4
Média final	-	-	9.3
Carga Horária Total	480	-	-

Declaramos que o presente Certificado foi expedido conforme a Resolução CNE nº 01 de 03 de abril de 2001, tendo validade nacional.

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Certificado Registrado sob nº 772, Livro 01
São Paulo, 25 de março de 2004.


Profª Simone Uzuelli Legutcke
Secretária Geral

Prof. Dr. Pe. Leocir Pessini
Vice-Reitor

0918





CERTIFICADO

Certificamos, nos termos do artigo 74, parágrafo único, inciso 5, alínea "b", do Estatuto da Universidade de São Paulo, que **DANTE GARCIA DE PAULA**

portador (a) da cédula de identidade de nº **3121142-750272** concluiu o curso de **ESPECIALIZAÇÃO**, intitulado: **SAÚDE PÚBLICA/GESTÃO DO SUS**

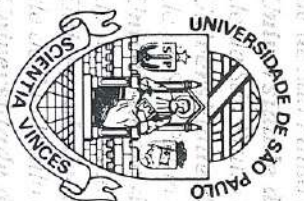
d a **FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

São Paulo, 10 de Maio de 2004

Director da Unidade



Pro-Reitor de Cultura e Extensão Universitária



Universidade de São Paulo (Unesp)
São Paulo, Universidade de São Paulo
Universidade de São Paulo, Universidade
de São Paulo, Universidade de São Paulo

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Registrado a fs. 320 do livro n.º 03

Em 10 de março de 2004

Período do Curso: 28.09.2001 a 29.11.2002

Carga Horária: 468 horas

Frequência: 93,9%

Aproveitamento: 8,9

Docente (s) Responsável (is):

Professor Titular Eurivaldo Sampaio de Almeida
Professor Dr. Cláudio Gastão Junqueira de Castro

Temática do Curso:

- Integração do Conhecimento Interdisciplinar
- Fundamentos de Saúde Pública e Política de Saúde
- Epidemiologia e Estatística
- Planejamento, Programação e Avaliação de Sistemas de Serviços de Saúde
- Administração e Organização do Sistema de Serviços de Atenção à Saúde
- Modelos de Atenção e Práticas Sanitárias
- Exercício Teórico-Prático





AUTENTICAÇÃO

01132206110124724330968 - Consulte em <http://extra.judicial.go.us.br/seic>
Confere com o original. Dou Fe. Em Teor. da Verdade. Goiânia - GO - 15 de junho de 2022. 05438876

Escreva da direita para a esquerda



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

O Reitor da Universidade Federal de Goiás confere o título de

Mestre em Saúde Coletiva

a

Dante Garcia de Paula

na área de concentração em gestão de sistemas e serviços de saúde, tendo em vista a integralização dos créditos regulamentares e a aprovação na defesa pública de dissertação em 11 de junho de 2014. Para os efeitos legais expedem-se o presente diploma.

Goiânia, 3 de julho de 2018.

Prof. Edward Madureira Brasil
Reitor

Dante Garcia de Paula
Titulado

Prof. Lawrence Gonzaga Lopes
Diretor do CGA



Nome: Dante Garcia de Paula
Nacionalidade: brasileiro
Naturalidade: Inhumas - Goiás
Data Nascimento: 02 de Abril de 1974 **CPF:** 786.667.751-49
Nº Identidade: 3121142 - SSPGO / GO

Curso reconhecido pela Portaria MEC nº 656, de 22/05/2017 DOU 23/05/2017.

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Diploma registrado sob o nº 20809 em 03/07/2018 - Processo nº 23070.001416/2018-54 nos termos do § 1º do Artigo 48 da Lei nº 9.394 de 20/12/1996. (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) - D.O. U. de 23/12/1996.

Goiânia, 3 de julho de 2018.

Viviane Gaspar Adrião
Viviane Gaspar Adrião
Coordenadora de Expedição e Registro de Diplomas
Código de controle do diploma: eb57e4d729

Título obtido através do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, ministrado pela Universidade Federal de Goiás.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
TABELIONATO DE NOTAS DE GOIÂNIA - GOIÁS
RUA 115 - Nº 1408 - SCL. 411 - LÍDIA MARIA SOARES SUI - Goiânia - GO - CEP: 74065-315
FONE: (61) 3224.1114

AUTENTICAÇÃO
01132206110124724330967 - Consultar em <http://extrajudicial.sipoju.br/ale>
Conferir com o original. DOU FA. ENT. 31/07/2022 - da Verdade Goiânia-GO - 16 de junho de 2022 - SA3389E

Esquema de Autenticação Eletrônica





ASSOCIAÇÃO GOIANA DE ENSINO FACULDADE ANHANGUERA DE CIÊNCIAS HUMANAS

Reconhecido Pelo Decreto No. 80180 publicado no Diário Oficial da União em 17 de AGOSTO de 1977, pág. No 10.846

O DIRETOR DA FACULDADE ANHANGUERA DE CIÊNCIAS HUMANAS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES, TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU, DE BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS CONFERIDO EM 17 DE MARÇO DE 1998 A DANTE GARCIA DE PAULA - BRASILEIRO NASCIDO A 02 DE ABRIL DE 1974 EM INHUMAS GO, CI. 31211142-758272 SESP/GO EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIRBITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL.



GOIÂNIA, 19 DE MAIO DE 1998

DIRETOR

Dante Garcia de Paula
DIPLOMADO

Ronilda Moreira da Paz
SECRETÁRIO

FACULDADE ANHANGUERA
DE CIÊNCIAS HUMANAS
SECRETARIA GERAL

Diploma registrado sob. n.º 05025
no Livro 036 pág. 032
Processo 0622/88
Em 25 de 05 de 19 88

Secretário Geral

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE ENSINO
FACULDADE ANHANGUERA DE CIÊNCIAS HUMANAS
APOSTILA

O (A) DIPLOMADO (A) DANTE GARCIA DE
PAULA CONCLUIU NO ANO
LETIVO 88 A(S) HABILITAÇÃO (ÕES) ADMINIS-
TRAÇÃO DE EMPRESAS.

SECRETARIA GERAL DA FACULDADE ANHAGUE-
RA DE CIÊNCIAS HUMANAS EM 25 DE 05 DE 19 88
Mônica Moreira da Silva
SECRETARIA GERAL

VISTO DIRETOR GERAL

MEC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
DIPLOMA registrado sob o n.º 15098...
Livro 41:56. Fls. 118
Processo n.º 053.098/98-57...
por delegação de competência do Ministério da Educação
e Desporto nos termos das Portarias MEC/DAU
n.º 71 de 21.10.77 e MEC/SEsu n.º 264 de 16.11.92

DIVISÃO DE REGISTRO ACADEMICO
Em 21 de agosto de 19 98

Diretor da DRA
Visto Maria Helena Melo Cunha Santos
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
GOIÁS E TOCANTINS

Diploma Registrado, nos termos do Regulamento da
Lei 4.769/65, Resolução CFA Nº. 136/93 e 177/96.

Sob o Nº 3267 Proc. 3486/98

Livro 012, fls. 004, em 11.01.99

Goiânia, 11 de Janeiro de 19 99

Adm. Samuel Albertazzi
Presidente

8º Tabelionato de Notas
 Av. Abel Coimbra 204, 97 Lt. 11 Cidade Jardim
 Fone: 3285-4385
 CEP 74425-250 - Goiânia - GO
Lucas Fernandes Vieira



**ASSOCIAÇÃO GOIANA DE ENSINO
 FACULDADE ANHANGUERA DE CIÊNCIAS HUMANAS**

RECONHECIDA PELO DECRETO Nº 80.180 DE 17/08/1977

O DIRETOR DA FACULDADE ANHANGUERA DE CIÊNCIAS HUMANAS, NO USO DE SUAS ATRIBUIÇÕES,

TENDO PRESENTE O TERMO DE COLAÇÃO DE GRAU DE BACHAREL EM ADMINISTRAÇÃO

CONFERIDO EM 13 DE AGOSTO DE 1990 A CLAUDEMIR EZEQUIAS DOURADO - BRASILEIRO

NASCIDO A 28 DE JUNHO DE 1961 EM LUZIÂNIA - GO C.I. 1.210.060. SSP - GO

FILHO DE ELZEARIO DOURADO E DE ANA OLINA DOURADO

EXPEDE-LHE O PRESENTE DIPLOMA PARA QUE POSSA GOZAR DE TODAS AS PRERROGATIVAS E DIREITOS CONCEDIDOS A ESTE TÍTULO

PELAS LEIS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOIÂNIA, 04 DE DEZEMBRO DE 1990

Lucas Fernandes Vieira
 DIRETOR

Robson Ferreira Ramos
 DIPLOMADO

Lucas Fernandes Vieira
 SECRETÁRIO

AUTENTICAÇÃO
 Conferir com o original, Dou. Fa.
 Goiânia, 17/07/2017.
 Em face da Verdade
 Tania Maria Ferreira
 Fernandes - Escrevente
 O2081908231852094947741
 Consulte o selo em
<https://extrajudicial.tjgo.jus.br>

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato
 de Registro de Contratos Marítimos
 CARTÓRIO INDIO ARTAGA

AUTENTICAÇÃO

CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU
 FE.
 Goiânia, 15 de Junho de 2022
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE.
 Selo Digital nº 007722061425737243B1169
 "https://see.tjgo.jus.br/buscas"

0925

FACULDADE ANHANGUERA
DE CIÊNCIAS HUMANAS
SECRETARIA GERAL
Diploma registrado sob nº 02.193
no Livro 021, pág. 60.
Processo 10426790
em 04 de dezembro de 1990.
Parasquiza
Secretaria Geral

ASSOCIAÇÃO GOIANA DE ENSINO
FACULDADE ANHANGUERA DE CIÊNCIAS HUMANAS
APOSTILA

0201 Diplomador, *Cláudio Américo Eugênio*
Adm. 02 Concluído no Ano Letivo
1990 (ACS) (habilitação) Adm. 02
Associação de Escritores
SECRETARIA GERAL NA FACULDADE ANHANGUERA
DE CIÊNCIAS HUMANAS, em 04 de dezembro de 1990
Parasquiza
SECRETARIA GERAL
VISTO: processo geral

MEC - Universidade Federal de Goiás
DIPLOMA registrado por delegação de competência do
Ministério da Educação e Cultura nos termos da Portaria
MEC/DAU nº 71 de 21-10-77, sob o N.º 9.104
Livro 021, p. 60, Fls. 34
Processo 056384/90 - 35
Em 02 de fevereiro de 1991
Robson Ramos Fernandes
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

CONFERE
EM 02 de fevereiro de 1991
Robson Ramos Fernandes
Diretor do Departamento de Assuntos Acadêmicos

**CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
GOIÁS - TOCANTINS**

Diploma registrado por delegação do Ministério
do Trabalho, nos termos do Regulamento do
Lei 4.769 de 09 de Setembro de 1986,
Sob o nº 1983, Livro 007, fls. 27
Proc. 1286/92 em 12/12/1992
Goiânia, 17 de dezembro de 1992.

Adm. Samuel Almiraz
PRESIDENTE
ORA-GO/TO nº 192
Presidente

Tabellionato de Notas
2225-6885 - 6232-55-371 - 3373
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original, Dou Fe.
Goiânia, 17/07/2017.
Em Teste da Verdade
Tania Maria Ferreira
Fernandes - Escrevente
0001608231832094947740
Consulte o selo em
<http://extrajudicial.tigo.tos.br>



4º Tabellionato de Notas Tabellionato e Oficialato
de Registro de Contratos Marítimos
CARTÓRIO INDIO ARTIACA
AUTENTICAÇÃO
CÉRTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original, DOU
FE.
Goiânia, 15 de Junho de 2022
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE
Selo Digital nº 00772206142573724331168
<https://see.tigo.jus.br/busca/>

1991
Av. Abelardo
1991

Tabellionato de Notas
Cartório de Registro de Contratos Marítimos
Av. Comandante João Pessoa nº 1111 - Cidade Jardim
Goiânia - GO
CEP: 74225-250
Telefone: 3295-8885
Tabellionato

003335

8ª Tabelionato de Notas
 Av. Abel Coimbra 04, 87 Lt. N. Cidade Jardim
 Fone: 3295-8398
ATA CEP: 74425-260, Goiânia, GO

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato
 de Registro de Contratos Marítimos
 CARTÓRIO INDIV. ARNAGA
AUTENTICAÇÃO
 Em Teste da Verdade
 Tania Maria Ferreira
 Fernandes - Escrevente
 0208160823183209494733
 Consulte e saia em
<https://extrajudicial.tigo.jus.br>



**FUNDAÇÃO
 GETULIO VARGAS**

CERTIFICADO

O Diretor da Escola de Pós-Graduação em Economia e o Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, contere[m] a **Claudemiro Euzébio Dourado** este certificado, referente ao Curso de Pós-Graduação **Lato Sensu - MBA em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde**, nível Especialização, com 360 horas-aula, realizado em Goiânia - GO no período de 14 de maio de 2004 a 23 de novembro de 2002.

Rio de Janeiro, 2 de março de 2004.

Renato Fradelli Cardoso
 Renato Fradelli Cardoso
 Diretor da EPGE/FGV

Bianor Scelza Cavalcanti
 Bianor Scelza Cavalcanti
 Diretor da EBAP/FGV

CÓPIA

CÓPIA

4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato
 de Registro de Contratos Marítimos
 CARTÓRIO INDIV. ARNAGA
AUTENTICAÇÃO
 CERTIFICO que esta cópia é reprodução fiel do original. DOU
 FE.
 Goiânia, 15 de Junho de 2022
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE.
 Selo Digital nº 00772206142573724331171
 "https://see.tigo.jus.br/buscas"



SUP2-0160HS-002/2500/2004

Nome do aluno: Claudemir Euzébio Dourado	Data de nascimento: 28/08/1961	Período: 11/05/2001 a 23/11/2002	Coefficiente de Freqüência: 8,97	Média Final	
Naturalidade: Luziânia - GO	Total de Horas-Aula: 360				
Curso: Pós-Graduação Lato Sensu MBA em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde					
Critérios de Aprovação: Grau Igual ou superior a 7,00 (sete) X Freqüência mínima de 75,00% na carga horária total do curso.					
Disciplina	Docente Responsável	Titulação / Instituição	H / A	Freqüência	Média Final
Globalização - Impactos nas Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde	Ulirajara José Picanço de Miranda Junior	Mestre em Administração Pública / Fundação Getúlio Vargas	12h	100%	10,00
Modelo Assistencial Brasileiro e Sistemas de Saúde	Aulísio Gomes da Silva Junior	Doutor em Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz	24h	80,43%	10,00
Planejamento e Gestão Estratégica de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde	Jamili Moysés Filho	Mestre em Administração Pública / Fundação Getúlio Vargas	24h	100%	7,60
Administração de Materiais e Qualificação de Fomecedores em Saúde	Gerardo Luiz de Almeida Pinto	Especialista em Gestão Pela Qualidade Total / Fundação Getúlio Vargas	24h	100%	8,90
Sistemas de Garantia da Qualidade, Acreditação Hospitalar e Série Iso 3000	Marielma Martins Pereira	Especialista em Administração / Universidade Federal do Rio de Janeiro	24h	69,57%	8,00
Legislação e Direitos do Consumidor em Saúde	Hálio Zaghebo Gama	Graduado em Direito / Universidade Federal Fluminense	12h	39,13%	9,00
Marketing de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde	José Antonio Ferreira de Oliveira	Mestre em Gestão Empresarial / Fundação Getúlio Vargas	24h	100%	10,00
Contabilidade para Executivos em Saúde	Sérgio Leal Caldas	Mestre em Administração Pública / Fundação Getúlio Vargas	24h	100%	9,00
Gestão de Pessoas e Processos de Trabalho em Saúde	Neisa Maria Martins da Cunha	Mestre em Psicologia / Universidade Gama Filho	24h	100%	10,00
Qualidade de Serviços em Saúde	Marcus Vinícius Carvalho Rodrigues	Doutor em Engenharia de Produção / Universidade Federal do Rio de Janeiro	24h	100%	9,00
Auditoria em Organizações, Sistemas e Processos de Saúde	Severino Gonçalves de Oliveira	Graduado em Ciências Contábeis / Universidade Federal do Rio de Janeiro	24h	69,57%	10,00
Gestão de Custos Aplicada à Saúde	Marcelo Braz da Cunha	Graduado em Administração Financeira / Universidade Gama Filho	24h	100%	7,00
Gestão de Bio-Segurança e Normas Iso 14000	Maria do Carmo Freitas da Costa	Especialista em Vigilância Sanitária e Epidemiológica / Universidade da Paraíba	12h	100%	9,91
Análise de Investimentos e Captação de Recursos (Fundring) em Saúde	Lutz Eduardo Franco de Abreu	Mestre em Administração / Duke University	24h	69,57%	8,00
Contrôle Organamental de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde	Glaucos Antonio Begalli	Mestre em Contabilidade e Finanças Públicas / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	24h	100%	7,00
Sistemas de Informações Gerenciais de Organizações e Sistemas de Saúde.	Antônio Carlos de Azevedo Rillo	Doutor em Informática / Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	24h	100%	9,61
Ética em Saúde	Valderez Ferreira Fraga	Doutor em Educação / Universidade Federal do Rio de Janeiro	12h	100%	9,50
Trabalho de Conclusão do Curso: O Processo de Mudança no Serviço de Recepção de uma Instituição Hospitalar					
			12h	100%	9,50
					9,00



4º Tabelionato de Notas Tabelionato e Oficialato de Registro do Cartório Maritimos CARTEIRO INDIO ANTIGA
AUTENTICACAO
 CERTIFICADO que esta copia é reprodução fiel do original. DOU
 Goiânia, 15 de Junho de 2022
ROBSON FERREIRA RAMOS - ESCRIVENTE.
 "https://see.tjgo.jus.br/buscas/"



ECI: Portaria nº 2530, P

5º Tabelionato de Notas
 Confere com o original, Dou. Fb.
 Goiânia, 17/07/2017.
 Em nome da Verdade
 Tania Maria Ferreira
 Fernandes - Escrivente



6º Tabelionato de Notas
 Fone: 3295-6355
 CEP: 74425-250 - Goiânia-GO
 Lucas Fernandes Vieira

8º Tabelionato de Notas
 Fone: 3295-6305
 CEP: 74425-250 - Goiânia-GO
 Lucas Fernandes Vieira
 Tabelião



SÍRIO-LIBANÊS



Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês

Portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005. D.O.U. 11/11/2005 - Seção 01 – pg. 72

O Diretor de Ensino e Pesquisa, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do **Curso de Pós-Graduação Lato Senso - Especialização em Gestão em Saúde**, realizado no período de 13 de setembro de 2019 a 22 de abril de 2021, com carga horária total de 370 horas, que foi oferecido, obedecendo todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº4 de 11/12/2018, publicada em D.O.U. de 12/12/2018, confere o presente Certificado a

Ciro Bruno Silveira Costa

Brasileiro (a), natural de Goiânia - GO, nascido (a) em 09/02/1980, Cédula de Identidade nº 3743691, expedida pela DGPC/GO, e outorga-lhe o presente certificado a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

O histórico curricular é parte integrante deste certificado.

São Paulo, 16 de fevereiro de 2022.

Dr. Luiz Fernando Lima Reis

Diretor

Sírio-Libanês Ensino e Pesquisa

Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês

Credenciamento IES: Portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005. D.O.U. 11/11/2005 - Seção 01 – pg. 72 – e-MEC: 21509
O curso cumpriu todas as disposições da Resolução CNE/CES Nº 4, de 11 de dezembro de 2018, publicado no D.O.U de 12 de dezembro de 2018, Seção 1, P. 15.

Curso de Pós-Graduação Lato Senso - Especialização em Gestão em Saúde

Nº Cadastro Sistema e-MEC: 71819

Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês
CNPJ./MF 61.590.410/0001-24

O registro do presente certificado encontra-se em:

Livro Nº 02 À folha Nº 298

Sob o registro Nº 456/2020

São Paulo, 16 de fevereiro de 2022.

Emitido por Ana Silvia

Visto _____

Simone Andreia Stringhini
Coordenadora Secretaria Acadêmica



A validação das assinaturas podem ser consultada em: <https://verificador.iti.gov.br>



Certificado

O Diretor Acadêmico do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde**, (Área de conhecimento Ciências sociais, negócios e direito), com carga horária total de 480 horas/aula, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, N° 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG n° 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

CRISTHIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA HOLANDA BRAGA

nacionalidade Brasileiro(a), nascimento em 04 de julho de 1980, cédula de identidade n° 5306415-SPTC/GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 06 de dezembro de 2021

Assinatura manuscrita em azul de Carlo Costa Guizelini.

Prof.º CARLO COSTA GUIZELINI
DIRETOR ACADÊMICO

ESPECIALISTA

Assinatura manuscrita em azul de Sara de Sá Cavalcante.

SARA DE SÁ CAVALCANTE
SECRETÁRIA ACADÊMICA

IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO

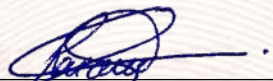
Recredenciamento Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 -
Publicação DOU 15 de agosto de 2016.

SECRETARIA ACADÊMICA

Certificado registrado sob o nº 1756 - No livro 81 - Folha(s) 88

O curso obedeceu todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG Nº 4 de 22 de maio de 2013.

Goiânia, 06 de dezembro de 2021



Raiane Gonçalves de Oliveira
Setor de Registro de Certificado



Sara de Sá Cavalcante
Secretária Acadêmica

HISTÓRICO ACADÊMICO – IPOG Instituto de Pós-graduação & Graduação

Curso: MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde

Turma: GSGYN008

Credenciamento: Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto 2016

MEC/CNE/CES, Nº 1, de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013

Período de Realização: 12 de Setembro de 2014 a 5 de Junho de 2016

Carga Horária Total: 480 horas/aula

Acadêmico(a): CRISTHIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA HOLANDA BRAGA

Nacionalidade: Brasileiro(a)

CERTIFICADO REGISTRADO SOB O

Nº: 1756

FOLHA: 88

LIVRO: 81

Identidade: 5306415 / GO

CPF: 903.933.091-34

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 04/07/1980

Disciplina	Nota	Freq.	C.H.	Professor	Titulação
Perícia Judicial	10,0	100	24	OSCAR LUIZ DE LIMA E CIRNE NETO	Mestre
Técnicas de Negociação	10,0	100	24	LEANDRO SOMMA DA SILVA	Mestre
GESTAO ESTRATEGICA DE PESSOAS	10,0	100	24	POLIANA GISELE LANDIN BORGES	Mestre
Análise de Contas Hospitalares com Técnicas de Faturamento	10,0	100	24	EDIVALDA PEREIRA DE ABREU	Mestre
Auditoria do Sistema SUS	9,0	100	24	SIDNEY CHAVES DE SOUZA	Especialista
Medicina com Base em Evidências	10,0	100	24	LUCIANE SANTIAGO TAVARES	Doutor
Fraudes nos Serviços de Saúde	10,0	100	24	MARIA DAS GRACAS DE PINHO BELLO	Especialista
Aspectos Éticos, Jurídicos e Regulatórios no Setor de Saúde	10,0	100	24	LEONARDO MENDES CARDOSO	Mestre
Gerenciamento e Auditoria na Assistência de Pequenos Riscos	10,0	100	24	PAULO DE JESUS NOBRE GUERREIRO	Especialista
Análise e Auditoria da Estrutura Gerencial	10,0	100	24	MARIA LUIZA MARQUES DE ABRANTES	Mestre
Administração e Planejamento	10,0	100	24	LEANDRO SOMMA DA SILVA	Mestre
Gerenciamento e Auditoria na Assistência de Grandes Riscos	9,0	100	24	ANA CRISTINA OUCHIDA WOLF CAVALCANTE	Especialista
Tecnologia da Informação em Gestão e Informação	10,0	100	24	TARCÍSIO MARCELO MENEZES	Especialista
Sistemas da Qualidade da Saúde e Acreditação Hospitalar	10,0	100	24	MARIA LUIZA MARQUES DE ABRANTES	Mestre
Assistência Pré e Pós Hospitalar	9,0	100	24	PAULO DE JESUS NOBRE GUERREIRO	Especialista
Metodologia do Trabalho Científico	10,0	100	24	CARMEN SILVIA NEVES CARVALHO	Mestre
Qualidade em Sistemas de Auditoria	9,0	75	24	MARIA LUIZA MARQUES DE ABRANTES	Mestre
Avanços nas Parcerias SUS: Sistemas Privados e Evolução ESF	10,0	100	24	ANDREA TIRLONE	Mestre
Elaboração de Laudos e Pareceres Segundo a Nova Ortografia	9,0	75	24	JERONIMO MENDES	Mestre
Sistemas Contábeis em Auditoria Médica	10,0	100	24	FERNANDO SERGIO FERNANDES DO VALLE	Mestre

Título Artigo: DESOSPITALIZAÇÃO: GERENCIANDO QUALIDADE E CUSTOS

Nota Artigo: 7,50

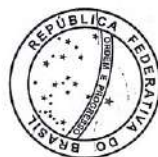
Goiânia-GO, 06 de dezembro de 2021

Assinado Por CARLO COSTA GUIZELINI:59752661149
Data: 06/12/2021 12:36:03
ID: 000000125895

Assinado Por SARA DE SA CAVALCANTE:89646711120
Data: 06/12/2021 12:58:56
ID: 000000125895

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO &
GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 06/12/2021 10:55:24
ID: 000000125895

0933



República Federativa do Brasil
 Ministério da Educação
 Centro Universitário de Goiás - Uni-Anhanguera

Certificado de Pós-Graduação

UNI-ANHANGUERA
 Centro Universitário de Goiás

O REITOR DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação "LATO SENSU" em MBA em Administração e Acreditação Hospitalar, consonte os termos da Resolução CES/CNE n. 1, de junho de 2007, certifica a

Eduardo Martins Carneiro

de nacionalidade brasileira, nascido aos 9 de abril de 1980 em Goiânia - GO, documento de identificação n. 03242026130 - GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 21 de maio de 2018

[Assinatura]
 Prof. Esp. Romilda Moreira da Paz
Secretária Geral

[Assinatura]
 Eduardo Martins Carneiro
Conducante

[Assinatura]
 Prof. Joveny Sebastião Candido de Oliveira JM, JD
[Assinatura]



2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
 CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
 Rua Gerardo Ney, esq. cl Av. 24 de Outubro, nº 158 Campinas,
 Goiânia-GO, CEP: 74515-020 - Fone: (62) 3233-0055
 www.cartorioantoniodoprado.com.br

AUTENTICAÇÃO
 CONFERE COM ORIGINAL
 Goiânia-GO, 14/06/2022, às 14:14:52 horas.

BRENDA DO NASCIMENTO SILVA - SUBOFICIAL E
 ESCRIVENTE
 Selo Eletrônico nº 00072206112774924330812

CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
 2º Registro Civil e Tabelionato de Notas
 Brenda do Nascimento Silva
 Subprol e Escrevente





AUTENTICAÇÃO
 CONFERE COM ORIGINAL.
 Goiânia-GO, 14/06/2022, às 14:14:52 horas.

BRENDA DO NASCIMENTO SILVA - SUBOFICIAL E
 ESCRIVENTE
 Selo Eletrônico nº 00072206112774924330811



CARTÓRIO ANTÔNIO DO PRADO
 2º Registro Civil e Tabelionato de Notas

Brenda do Nascimento Silva
 Suboficial e Escrivente

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIÁS - Uni-ANHANGUERA
 Reconhecido pela Portaria de Credenciamento n. 1.216 de 11/05/2004, D.O.U em
 13/05/2004. Recredenciado pela Portaria n. 33 de 28/01/2015, D.O.U em
 12/02/2015.
 SECRETARIA GERAL

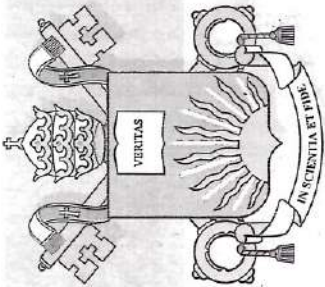
Registro n.: 1739
 Processo n.: 001212/2018
 Em 21 de maio de 2018.
 Secretária Geral

Curso
 Pós-Graduação "Lato Sensu" MBA em ADMINISTRAÇÃO E ACREDTAÇÃO HOSPITALAR
 (Estruturado de acordo com as disposições da Resolução nº. 01/2007 do CNE/CES)
 10 de setembro de 2015 a 25 de março de 2017
 Carga horária total 420 horas/aula
 Concluinte Eduardo Martins Carneiro

Documento de identificação n. 03242026130 - GO
 HISTÓRICO ESCOLAR

DISCIPLINA	DOCENTE	TÍTULO	CARGA HORÁRIA	NOTA	DISCIPLINA	DOCENTE	TÍTULO	CARGA HORÁRIA	NOTA
Acreditação Hospitalar I	Patricia Vessecchi Costa	Especialista	20 horas/aula	9,5	Gestão e Controle de Epidemiologia e de Infecções Hospitalares	Mary Rogha Carneiro Garcia Zapata	Mestre	28 horas/aula	8,5
	Prioto				Gestão e Planejamento Estratégico de Marketing	Ivelcy Rocha Caciunho Pinheiro	Mestre	28 horas/aula	10,0
Acreditação Hospitalar II	Patricia Vessecchi Costa	Especialista	20 horas/aula	9,5	Gestão Financeira e Contábil	Hermani Vaz Kruger	Mestre	20 horas/aula	9,0
	Prioto				Gestão Hospitalar Integrada	Nádia Cristina Oliveira Santana	Mestre	24 horas/aula	9,0
Acreditação Hospitalar III	Patricia Vessecchi Costa	Especialista	24 horas/aula	9,5	Humanização e Ética	Juliano Disconzi da Silva	Especialista	20 horas/aula	7,0
	Prioto				Informação e Tomada de Decisão	Juliana Alexandra P. de Carvalho Barco	Mestre	20 horas/aula	10,0
Administração da Infraestrutura Hospitalar	Hermani Vaz Kruger	Mestre	24 horas/aula	10,0	Metodologia do Trabalho Científico II	Juliana Alexandra P. de Carvalho Barco	Mestre	20 horas/aula	9,5
Administração de Serviços Hospitalares	Maria Alice Coelho	Doutora	24 horas/aula	8,0	Metodologia do Trabalho Científico I	Maria Augusta Pires	Especialista	20 horas/aula	9,0
Auditoria Operacional e de Gestão	Pierison Maris	Especialista	24 horas/aula	10,0	Responsabilidade Social				
Gestão de Hotelaria	Patricia Vessecchi Costa	Especialista	20 horas/aula	9,5					
	Prioto								
Gestão de Pessoas	Maurício Benício Valadão	Especialista	20 horas/aula	10,0					
Gestão de Suprimentos e Operações Logísticas	Wellington Batista da Silva	Especialista	20 horas/aula	9,5					
Gestão dos Serviços Públicos da Saúde	Dante Garcia de Paula	Mestre	24 horas/aula	9,5					

Título do TCC: AS VANTAGENS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS EM SAÚDE.
 Data do TCC: 27/10/2016



Pontifícia Universidade Católica de Goiás



CERTIFICADO

A Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa certifica que

Srlia de Fátima Bruno Sena

8º Tabelionato de Notas
Av. Abel Coimbra, 01, 811, 11, Cidade Jardim
Fone: 3295-6385
CEP: 74425-250 - Goiânia-GO
Lucas Fernandes Vitzira
Tabelião



concluiu o Curso de ESPECIALIZAÇÃO EM MBA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E MARKETING NA SAÚDE, ÁREA DO CONHECIMENTO: ADMINISTRAÇÃO, promovido pela Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu, conforme a Resolução nº 01, de 08 de junho de 2007, do CNE/CES/MEC, realizado no período de junho de 2012 a novembro de 2013, com a carga horária de 440 horas.

Goiânia, 5 de novembro de 2019.

[Signature]
Prof. Dra. Milena Severino Pereira
Pró-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa

[Signature]
Kaelia de Fátima Bruno Sena
Especialista

[Signature]
Prof. Dr. Leopoldo Albano da Silva Júnior
Coordenador de Pós-Graduação Lato Sensu

Histórico Escolar

8º Tabelionato de Notas
 Av. Abel Coimbra Qd. 87 Lt. 11 Cidade Jardim
 Fone: 3296-6385
 CEP: 74425-250 - Goiânia GO
Lucas Fernandes Vieira
 Tabelião

Curso: **MBA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E MARKETING NA SAÚDE**

Área do conhecimento: **ADMINISTRAÇÃO**

Período de realização: **01 de junho de 2012 a 01 de novembro de 2013.**

Nome: **LELIA DE FATIMA BRUNO SENA** Matrícula: **2012.1.1236.0011-0**

Identidade: **3789545 / SPTC - GO**

Naturalidade: **GOIANÉSIA - GO**

Data Nasc: **20/04/1979**

DISCIPLINAS CURSADAS	CH	FREQ	CONC	DOCENTE	TIT.
BIOESTATÍSTICA BÁSICA	20	20	A	XISTO SENA PASSOS	D
METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA	20	20	A	ANTÔNIO EVALDO OLIVEIRA	M
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	20	20	A	DAVID GARCIA PENOF	M
AUDITORIA E PLANOS DE SAÚDE	40	40	A	JOSÉ MARIA PERES MORENO JÚNIOR	M
				KARLA ALESSANDRA KRONIT BASTOS	E
ARQUITETURA HOSPITALAR	30	30	A	JOICE BEATRIZ PATROCÍNIO	E
METODOLOGIA DO ENSINO SUPERIOR	20	20	A	NURIA MICHELINE MENESES CABRAL	M
ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E FATURAMENTO DO SUS	40	40	A	ALEXANDRE ÍTRIA	D
				CELSO FISZBEYN	M
				MARCOS ANTÔNIO CARVALHO MEDEIROS FILHO	M
PLANEJAMENTO EST. EM S. DE SAU.: CONT. DE INF. HOSPITA	30	30	A	CELSO FISZBEYN	M
				ZILAH CANDIDA PEREIRA DAS NEVES	M
SISTEMA DE INFORM. E INF. EM SAÚ, ÉT. E BIOÉTICA	20	20	A	JOÃO BOSCO SIQUEIRA JÚNIOR	D
				PEDRO ANTÔNIO CHAGAS CÁCERES	M
ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	60	60	A	CELSO FISZBEYN	M
				TÂNIA REGINA GASPARINI BOTELHO PUPO	D
				VERA LÚCIA BONATO	D
QUALIDADE HOSPITALAR	40	40	A	VERA LÚCIA BONATO	D
MARKETING NA SAÚDE	40	40	B	ALEXANDRE ÍTRIA	D
				ENIO JORGE SALU	E
GESTÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE	30	30	A	DAVID GARCIA PENOF	M
				EDSON SIDIÃO DE SOUZA JÚNIOR	D
				ENIO JORGE SALU	E

TCC: (TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO) Data: 01/11/2013

Título: "A atuação da enfermagem no processo de acreditação hospitalar".

Prof.(a) Orientador(a) DOUTOR(A) - XISTO SENA PASSOS

Conceito: A Carga Horária: 30

- O curso atende integralmente as Orientações Preconizadas pela Resolução N. 01/2007 CNE/CES/MEC, de 08/06/2007 - publicada no DOU em 08/06/2007
- Instituição credenciada pelo Decreto n. 47.041/59 e Portaria n. 1.747 - MEC. Recredenciamento Portaria n.859 de 11/09/2013.
- DEL. N. 04/2011-CPGP DO CEPEA

Equivalência de conceitos: A - 9,0 a 10,0 B - 8,0 a 8,9 C - 7,0 a 7,9 D - Insuficiente	Titulação: D - Doutor(a) E - Especialista M - Mestre(a) LD - Livre Docente	Secretaria de Pós-Graduação Lato Sensu Registro n.: 06
--	--	---

Goiânia(GO), 05 de novembro de 2019


 Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu
 Prof. Dr. Leonidas Albano da Silva Júnior (R.E. 17.563)
 Coordenador de Pós-Graduação Lato Sensu
 PUC Goiás PROPE - Coordenação de Pós-Graduação Lato Sensu



8º Tabelionato de Notas
 Goiânia,
 14/06/2022.
AUTENTICAÇÃO
 Confere com o original, Dou Fe
 Em Test. de Verdade
Jhennyfer Ferreira Silva -
 Escrevente
 0170220611013124330371

FACULDADE
LIONS
FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE GOIÁS
Ensino com qualidade

Faculdade Lions
Fundação Educacional de Goiás
Coordenação de Pós-Graduação



Nós Servimos

Certificado

A Diretora Acadêmica da Faculdade Lions – FAC-Lions, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação "Lato Sensu",

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

consoante os termos da Resolução nº 01/2007 do Conselho Nacional de Educação, confere a

WASHINGTON BERNARDES DOS SANTOS

o presente Certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia-GO, 19 de outubro de 2007.

Sônia Maria Barros Galvão
Sônia Maria Barros Galvão
Diretora Acadêmica

Zander Campos da Silva

Zander Campos da Silva
Fundação Educacional de Goiás
Presidente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
Tribunal de Notas e Registro Civil das Pessoas Naturais
Comarca de Aparecida de Goiânia - Goiás / Distrito de Nova Brasília
Bruno Quintiliano Silva Vieira - Oficial e Tabelião
Avenida Rio Verde, 25 - 106-03, Vila Raso, CEP 74.936-851 - (62) 32.30-2526 - e-mail: contab@cartorobruno.net.br - www.cartorobruno.net.br

consulte: <http://extrajudicial.tjgo.jus.br/selo>
Selo nº 01012206110902024330122

AUTENTICAÇÃO
CERTIFICO que a presente fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé.
Nova Brasília, 13 de Junho de 2022.
SINARA GONCALVES BORGES - FEFREVENTE

0938

QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

CÓPIA REDUZIDA

Fundação Educacional de Goiás
Faculdade Lions - Fac Lions

Homologação regimental pela Portaria de Autorização do Ministério de Educação e Cultura MEC nº 1.894 de 22/08/2001.

Washington Bernardes dos Santos

Histórico

Disciplinas	Docentes	Titulação	Carga Horária	Notas
Administração dos Serviços de Enfermagem	Lisiane Maria Teixeira B. Anton	Especialista	16	8,5
Administração Financeira e Tributária	Olimpio Silvio Pessoa Tavora	Especialista	16	8,0
Apresentação de Seminários	Lúcia Helena Presoto	Mestre	40	8,5
Arquitetura Sanitária	Vivian Polack Kutter	Mestre	16	8,0
Bioestatística	Vera Lucia Lobão	Doutor	16	7,5
Bioética - Aspectos Jurídicos e Éticos da Saúde	Antônio Cesar Devessa da Silva	Mestre	16	7,5
Capital Humano	Lúcia Helena Presoto	Mestre	16	8,0
Epidemiologia e Controle das Doenças	Carmem Barata Bello	Mestre	16	8,0
Evolução Histórico-Social da Saúde	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	16	8,0
Faturamento e Gerenciamento de Recursos Hospitalares	Vanderlei Soares Moya	Especialista	16	8,5
Gerenciamento em Farmácia Hospitalar	Ana de Fatima Rosa Siviero	Especialista	16	8,0
Lavanderia, Higienização e Limpeza	Lisiane Maria Teixeira B. Anton	Especialista	16	8,0
Metodologia de Pesquisa Científica	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	16	8,0
Organização e Método na Administração Sanitária	Lúcia Helena Presoto	Mestre	16	7,5
Planejamento Hospitalar	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	16	8,0
Políticas Públicas	Laura Maria Delgado Arbex	Mestre	16	8,0
Saneamento Básico	Paula Spinha de Toledo	Mestre	16	8,5
Serviço de Apoio, Diagnóstico e Tratamento - SADT	Silvia Carvalho Bergmann	Especialista	16	7,5
Serviço de Nutrição e Dietética - SND	Maria Madalena Prezotto Choni	Especialista	16	8,5
Teoria Geral da Administração	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	16	8,0
Vigilância Sanitária	Carmem Barata Bello	Mestre	16	8,0
Sub-Total de Horas : Aula Presencial			360	8,0
Orientação da Monografia	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	100	8,0
Relatório de Estágio Supervisionado	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	40	8,0
Sub-Total de Horas : Aula Prática			140	8,0
Carga Horária Total :			500	

Monografia : Avaliação Sobre Técnicas de Administração dos Prontuários do Paciente do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER.

PERÍODO DO CURSO : fevereiro/2005 a março/2006
LOCAL DO CURSO : Goiânia

Registrado no livro de expedição de Certificados de Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu pela Fac Lions sob nº 591, pág. 98 Livro O2

Goiânia/Goiás, 19 de outubro de 2007

Maíra Pereira da Luz
 Coordenação de Pós-Graduação

Secretária

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - ESTADO DE GOIÁS
 Tabelionato de Notas e Registro Civil das Pessoas Naturais
 Rua Antônio Silva Vasz - nº 101 e 103 - Centro - Goiânia - GO
 CEP: 74.220-025 - Fone: (51) 3220-8025 - e-mail: cartorio@cartorio.go.gov.br
 Avenida Rio Verde, 022 - Lj. 05, Vta. Nova - CEP: 74.255-051 - (51) 3220-8025 - www.cartorio.go.gov.br

AUTENTICAÇÃO
 Salo nº 01012206110902024330123
 consite: http://extrajudicial.tjgo.jus.br/salo
 02673244497413
 GOIAS

CERTIFICADO que a presente fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé.
 Nova Brasília, 13 de Junho de 2022.
 SINARA GONCALVES BORGES - ESCRIVENTE

QUALQUER ADULTERAÇÃO, RASURA OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO



Fundação Educacional de Goiás

Coordenação de Pós-Graduação

Certificado

A Fundação Educacional de Goiás, entidade mantenedora da Faculdade Lions - Fac Lions, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação "Lato Sensu",

Administração Hospitalar

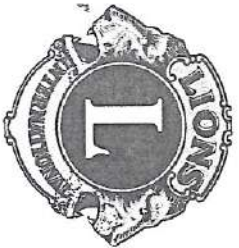
consoante os termos da Resolução n.º 01/2001 do Conselho Nacional de Educação, confere a

Bráulio Alves da Costa Barbosa

o presente Certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia/Goiás, 27 de setembro de 2005

Sônia Maria Barros Galvão
Diretora Acadêmica



Zander Campos da Silva
Fundação Educacional de Goiás
Presidente

Cartão de Identificação

AUTENTICACAO

A presente cópia CONFERE o original. Dou fé.

*0097*GAXILCE-630649-1*Goiânia, 14 de Junho de 2022.

Bráulio Alves da Silva Pereira Gomes
Escrivente

Selo: 00092206110244124330330
Consulte em http://see.igo.ju.br/selo

Cartão de Identificação
A RESSALVA
DE REGISTRO DE PESSOAS
NACIONAIS E ESTRANGEIRAS
Selo: 01

Cartão de Identificação
A RESSALVA
DE REGISTRO DE PESSOAS
NACIONAIS E ESTRANGEIRAS
Selo: 01

**Fundação Educacional de Goiás
Faculdade Lions - Fac Lions**

Homologação regimental pela Portaria de Autorização do Ministério da Educação e Cultura MEC nº 1.884 de 22/08/2001.

Bráulio Alves da Costa Barbosa

Histórico

Disciplinas	Docentes	Titulação	Carga Horária	Notas
Administração Financeira	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	36	10,0
Administração Hospitalar	Lúcia Helena Presoto	Mestre	36	9,0
Arquitetura dos Estabelecimentos de Saúde	Vivian Pollack Kutter	Mestre	36	10,0
Aspecto Ético - Legais da Saúde	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	18	9,5
Capital Humano	Cristina Pedro Bis	Mestre	18	9,5
Educação em Saúde	Lúcia Helena Presoto	Mestre	36	9,5
Epidemiologia das Doenças Trans e End. Parasitária	Carlos Roberto Santini	Mestre	36	9,5
Evolução Histórico-Social da Saúde	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	18	9,5
Metodologia da Pesquisa Científica	Lúcia Helena Presoto	Mestre	18	9,5
Planejamento de Saúde	Vivian Pollack Kutter	Mestre	18	9,5
Saneamento Ambiental	Carlos Roberto Santini	Mestre	36	9,0
Teoria Geral da Administração	Ruy Túllio de Theresza Cortesi	Especialista	36	10,0
Vigilância Sanitária e Epidemiológica	Paula Spinha de Toledo	Mestre	18	9,5
Sub-Total de Horas : Aula Presencial			360	9,5
Projeto Hospitalar	Vivian Pollack Kutter	Mestre	20	9,5
Relatório de Estágio em Hospital	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	40	9,5
Relatório de Visita a Unidade Ambulatorial	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	20	9,5
Trabalho de Estatística	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	20	9,5
Trabalho Individual	Juarez de Queiroz Campos	Doutor	20	9,5
Sub-Total de Horas : Aula Prática			120	9,5
Monografia : Avaliação do Índice de Curetagem Pós-aborto Espontâneo na Maternidade Auxiliadora Localizada na Cidade de Goiânia.			140	9,5
Carga Horária Total :			620	

Carriano FRANCO TORRES
4º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELAMENTO DE NOTAS
Comunidade de Goiânia - Goiás

AUTENTICACAO
A presente cópia CONFERE o original. Dou fé.
0097-63189x1-6306-48-51, Goiânia, 14 de junho de 2022.

Carriano FRANCO TORRES
Avenida Tocantins, 2995, Centro, Goiânia, Goiás, CEP 74155-200, Goiânia, Goiás, Brasil. Fone: (62) 3212-1030. E-mail: Ftorres@carriano.com.br

4º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E TABELAMENTO DE NOTAS
Comunidade de Goiânia - Goiás

PERÍODO DO CURSO : março/2004 a abril/2005
LOCAL DO CURSO : Goiânia-GO

André Alves da Silva Pereira Gomes
Escrivente
São: 09092208310240124330329
Consultar em: <http://see.zigo.jus.br/seo>

Registrado no livro de expedição de Certificados de Cursos de Pós-Graduação
ato Sensu pela Fac Lions sob nº 235, pág. 19
Goiânia/Goiás, 27 de setembro de 2005

[Assinatura]
Coordenação de Pós-Graduação

[Assinatura]
Secretária



Certificado

O Diretor Acadêmico do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Executivo Gestão em Saúde**, (Área de conhecimento Negócios, administração e direito), com 75% de carga horária cumprida, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, N° 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG n° 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

NAYARA KETLYN ASSUNÇÃO MOÇO

nacionalidade Brasileiro(a), nascimento em 12 de março de 1987, cédula de identidade n° 4649646-SSP/GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 29 de março de 2022

Assinatura manuscrita em azul do Diretor Acadêmico.

Prof.º CARLO COSTA GUIZELINI
DIRETOR ACADÊMICO

ESPECIALISTA

Assinatura manuscrita em azul da Secretária Acadêmica.

SARA DE SÁ CAVALCANTE
SECRETÁRIA ACADÊMICA

IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO

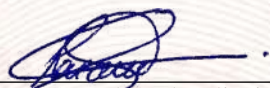
Recredenciamento Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 -
Publicação DOU 15 de agosto de 2016.

SECRETARIA ACADÊMICA

Certificado registrado sob o nº 4386 - No livro 83 - Folha(s) 220

O curso obedeceu todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES, Nº 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG Nº 4 de 22 de maio de 2013.

Goiânia, 29 de março de 2022



Raiane Gonçalves de Oliveira
Setor de Registro de Certificado



Sara de Sá Cavalcante
Secretária Acadêmica

HISTÓRICO ACADÊMICO – IPOG Instituto de Pós-graduação & Graduação

Curso: MBA Executivo Gestão em Saúde

Turma: REEGSGYN005

Credenciamento: Portaria nº 884 de 12 de Agosto de 2016 - Publicação DOU 15 de agosto 2016

MEC/CNE/CES, Nº 1, de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG nº 4 de 22 de maio de 2013

Período de Realização: 11 de Dezembro de 2020 a 5 de Dezembro de 2021

Carga Horária Total Curso: 432 horas/aula.

Carga Horária Integralizada: 75% da carga total do curso.

Acadêmico(a): NAYARA KETLYN ASSUNÇÃO MOÇO

Nacionalidade: Brasileiro(a)

Sexo: Feminino

Identidade: 4649646 / GO

CPF: 012.630.071-20

Data de Nascimento: 12/03/1987

CERTIFICADO REGISTRADO SOB O

Nº: 4386

FOLHA: 220

LIVRO: 83

Disciplina	Nota	Freq.	C.H.	Professor	Titulação
Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde**	7,5	75	36	FABIANO LUÍS FIGUEIREDO DA SILVA	Mestre
Gestão Estratégica de Pessoas em Organizações de Saúde**	10,0	100	36	RAQUEL MAGALHÃES DE MELLO	Especialista
Qualidade, Segurança e Acreditação em Saúde**	9,0	100	36	MARIVALDO GIORNI FREITAS	Especialista
Desenvolvimento Integral do Potencial Humano**	9,0	100	36	MONICA APARECIDA DE SORDI MARTAO	Doutor
Liderança nos Organizações de Saúde**	7,0	100	36	EDUARDO REFKALEFSKY	Doutor
Gestão de Facilities, Hospitalidade e Serviços Hospitalares**	8,0	100	36	CRISTINA HELENA TOULIAS HERINGER	Especialista
Gestão de Suprimentos e Logística Hospitalar**	8,0	100	36	ESDRAS JORGE SANTOS BARBOZA	Mestre
Sustentabilidade, Ética e Responsabilidade Social**	7,5	100	36	INGRID FELIZARDO CHAVES CICCA	Especialista
Gestão Financeira em Saúde**	7,5	100	36	RONALDO MIRANDA PONTES	Mestre

Título Artigo: GESTÃO EM SAÚDE: PAPEL DO LÍDER E SUA IMPORTÂNCIA NA MOTIVAÇÃO DE SEUS COLABORADORES

Nota Artigo: 8,05

Goiânia-GO, 29 de março de 2022

Assinado Por CARLO COSTA GUIZELINI:59752661149
Data: 29/03/2022 14:05:22
ID: 000000147967

Assinado Por SARA DE SA CAVALCANTE:89646711120
Data: 29/03/2022 13:43:17
ID: 000000147967

Assinado Por IPOG - INSTITUTO DE POS-GRADUACAO &
GRADUACAO LTD:04688977000102
Data: 29/03/2022 10:59:55
ID: 000000147967

0944



3.2.3. EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE LICITADA

Seguem as comprovações curriculares e demais documentos comprobatórios de experiência da Diretoria proposta para Gestão do HECAD.

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87, atesta para os devidos fins que o Sr. DANTE GARCIA DE PAULA, inscrito(a) no CPF sob o nº 786.667.751-49, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestão e Administração Hospitalar, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Gestão estratégica de orçamento e custos;
- Promover a prestação de contas das metas pactuadas em contrato de gestão das unidades saúde geridas pela Agir;
- Gestão do planejamento estratégico das unidades de saúde;
- Coordenar o planejamento e a implementação de políticas públicas de saúde nas unidades;
- Gerenciamento estratégico das diretrizes assistenciais;
- Gestão estratégica da área de recursos humanos das unidades de saúde;
- Estabelecer diretrizes, baseando-se nas metas pactuadas em Contrato de Gestão, para garantir a qualidade dos serviços;
- Cumprir e fazer cumprir toda a normatização administrativa, financeira e assistencial, acompanhando as áreas, para assegurar a continuidade e qualidade da prestação dos serviços;
- Responder pelas ações das Unidades, prestando contas aos órgãos públicos, para garantir transparência e conformidade dos serviços prestados;

Atividades desempenhadas no período de 09/02/2015 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 10 de junho de 2022.


 @agirsaude

 /agirsaude


 secretariageral@agirsaude.org.br

 /agir.saude

 /tvagir

 (62) 3995-5406

 /agirsaude

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design, Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120




José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87

 @agirsaude

 /agirsaude


 secretariageral@agirsaude.org.br

 /agir.saude

 /tvagir

 (62) 3995-5406

 /agirsaude

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA - DANTE GARCIA

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsaude.org.br

Status: Finalizado

HASH: B3-27-3E-9E-DF-A3-5E-33-30-B7-0D-8A-E8-C9-82-90-CF-A6-6C-BB

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsaude.org.br - **Data:** 10/06/2022 12:20:11

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981724, -49.2237376

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=B3-27-3E-9E-DF-A3-5E-33-30-B7-0D-8A-E8-C9-82-90-CF-A6-6C-BB>.

Código HASH: B3-27-3E-9E-DF-A3-5E-33-30-B7-0D-8A-E8-C9-82-90-CF-A6-6C-BB





Dante Garcia de Paula


Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0884175224878132>

ID Lattes: **0884175224878132**

Última atualização do currículo em 07/02/2020

É administrador de empresas pela Uni ? Anhanguera (Goiânia). (1994); Mestre em Saúde Coletiva pela UFG, com projeto na linha de gestão da saúde, Título: ?Governança regional do SUS em Goiás: Análise situacional para implantação do COAP?. (Goiânia) (2014); Pós Graduado em Economia da Saúde pela Pompeu Fabra (Barcelona ? ES) (2006); Pós Graduado em Farmacoeconomia, também pela Pompeu Fabra (Barcelona ? ES) (2006); Pós Graduado em Gestão de Sistemas de Saúde/Gestão do SUS pela USP ?Faculdade de Saúde Pública (São Paulo) (2002); Pós Graduado em Administração Hospitalar pela Universidade São Camilo (Rio de Janeiro) (1999). Atua no setor saúde nas áreas de gestão e planejamento como administrador e professor. Em suas últimas funções, foi Superintendente de Planejamento da SES/GO; Superintendente de Controle e Avaliação Técnica da SES/GO; Assessor de Planejamento da Associação Goiana de Integralização e Reabilitação - AGIR e, Assessor Executivo da AGIR. Atualmente é Superintendente de Gestão e Planejamento da AGIR. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Dante Garcia de Paula
Nome em citações bibliográficas	PAULA, Dante Garcia de
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/0884175224878132

Endereço

Endereço Profissional	Associação Goiana de Integralização e Reabilitação, Superintendência de Gestão e Planejamento. Avenida Olinda Park Lozandes 74884120 - Goiânia, GO - Brasil Telefone: (62) 39955460 Fax: (62) 39955405 URL da Homepage: http://www.agirgo.org.br
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2011 - 2014	Mestrado profissional em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFG, NESC/UFG, Brasil. Título: Governança Regional do SUS em Goiás: Análise Situacional para implantação do COAP, Ano de Obtenção: 2014. Orientador: Claci Fátima Weirich Rosso. Palavras-chave: Governança; Regionalização; Sistema Único de Saúde; Planejamento em Saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Gestão da Saúde.
2005 - 2006	Especialização em Economía de La Salud. Universitat Pompeu Fabra, UPF, Espanha.
2005 - 2006	Especialização em Farmacoeconomía. Universitat Pompeu Fabra, UPF, Espanha.
2001 - 2002	Especialização em Saúde Pública - Gestão do Sus. (Carga Horária: 468h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Alto Índice de Mortalidade Materna e Neonatal no Estado de Goiás. Orientador: Prof Tit. Eurivaldo S. Almeida e Prof. Dr. Cláudio Gastão.
1998 - 1999	Especialização em Administração Hospitalar. (Carga Horária: 480h). Centro Universitário São Camilo - Campus Pompeia, SAO CAMILO, Brasil. Título: Diagnóstico Sobre Segurança Hospitalar. Orientador: Prof Ms. Jorge Duarte Veiga Roldão.
1994 - 1997	

Graduação em Administração de Empresas.
Associação Goiãna de Ensino, AGE, Brasil.
Título: Diagnóstico do Departamento de Vendas.
Orientador: Durval Barbosa de Araújo.
Curso técnico/profissionalizante.
Escola Superior de Ciências Agrárias de Rio Verde, ESUCARV, Brasil.

1989 - 1991

Formação Complementar

2017 - 2017	Curso de Gestão Avançada em Serviços de Urgência. (Carga horária: 23h). Hospital Sírio-Libanês, SIRIO-LIBANÊS, Brasil.
2017 - 2017	Planejamento Estratégico. (Carga horária: 8h). MB consultoria, MB, Brasil.
2011 - 2011	Novas Tendências em Saúde Pública. (Carga horária: 4h). Secretaria de Estado da Saúde, SES, Brasil.
2011 - 2011	Novas Tendências Saúde Pública: Cenário das OSS. (Carga horária: 4h). Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, ESAP-GO, Brasil.
2007 - 2007	I Curso de Iniciação em Economia da Saúde. (Carga horária: 32h). Secretaria de Estado da Saúde, ESAP, Brasil.
2007 - 2007	Sistemas de Informações Geográficas e Análise Espacial Aplicados à Saúde. (Carga horária: 24h). Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.
2004 - 2004	Comunicação: A Arte de Falar em Público. (Carga horária: 20h). Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - GO, SENAC/GO, Brasil.
2004 - 2004	Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde. (Carga horária: 16h). Centro Formador de Recursos Humanos Ses Go, CENFORH, Brasil.
2004 - 2004	Comunicação Arte de Falar Em Público. (Carga horária: 20h). Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial/RJ, SENAC/RJ, Brasil.
2003 - 2003	Desenvolvimento de Gerentes Intermediários. (Carga horária: 80h). Escola Nacional de Administração Pública, ENAP, Brasil.
2003 - 2003	Desenvolvimento de Gerentes Intermediários. (Carga horária: 80h). Escola Nacional de Administração Pública, ENAP, Brasil.
2002 - 2002	Tecnologia da Informação. (Carga horária: 30h). Apoio Empresarial, AP, Brasil.
2002 - 2002	Treinamento Prático Radiocef Studio. (Carga horária: 14h). Radio Memory, RM, Brasil.
2000 - 2000	Redação Oficial. (Carga horária: 32h). Oficina de Qualidade Consultoria Empresarial, OQ, Brasil.
1999 - 1999	A Reengenharia no Atendimento de Pacientes. (Carga horária: 8h). Cidinha Rocha, CD, Brasil.
1999 - 1999	Português Instrumental. (Carga horária: 70h). Escola Superior da Magistratura Go, ESM, Brasil.
1999 - 1999	Faturamento de Aih's. (Carga horária: 8h). Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, IAHCS, Brasil.
1999 - 1999	Treinamento Em Faturamento Hospitalar e Ambulatóri. (Carga horária: 32h). Escola de Saúde Pública Cândido Santiago, ESAP-GO, Brasil.
1999 - 1999	Faturamento de Aih's. (Carga horária: 8h). Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, IAHCS, Brasil.

Atuação Profissional

Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - 2005

Outras informações

Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: Convidado, Carga horária: 0
Curso Ministrado pelo Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Patologia e Saúde Pública - IPTESP, totalizando 52 horas nos módulos em que participei como Docente

Atividades

5/2005 - 7/2005

Ensino, Curso de Qualificação da Gestão do Sus, Nível: Aperfeiçoamento
Disciplinas ministradas
História da Saúde Pública e Modelos Assistenciais
Planejamento e Financiamento em Saúde
Sistemas de Informação em Saúde e Comunicação em Saúde

Tese Concursos, TSE, Brasil.

Vínculo institucional

0950

2004 - 2008
Outras informações

Vínculo: Professor, Enquadramento Funcional: Professor de Concurso, Carga horária: 0
Aulas ministradas em função de demandas de concursos. Assim, não existe uma regra para carga horária e frequência

Atividades
1/2004 - Atual

Ensino, Preparatória Para Concursos Públicos, Nível: Aperfeiçoamento
Disciplinas ministradas
Administração Geral
Administração Pública
Administração de Material e Patrimônio
Administração de Recursos Humanos
Gestão da Saúde
Administração Financeira

Lúcia Vasconcelos Concursos Públicos, LVAS, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - 2006

Outras informações

Atividades

1/2004 - Atual

Vínculo: Professor, Enquadramento Funcional: Professor de Concurso, Carga horária: 0
Trabalho realizado por demanda de concursos.

Ensino, Concurso Público, Nível: Aperfeiçoamento
Disciplinas ministradas
Administração Geral
Administração Pública
Administração de RH
Administração de Estoques
Gestão da Saúde
Noções de Administração Financeira
Relações Humanas
Qualidade no Atendimento ao Público
Ética e Cidadania

Clínica Radiológica Rádio Cia, R&C, Brasil.

Vínculo institucional

2002 - 2003

Outras informações

Atividades

9/2002 - 4/2003

Vínculo: Consultor, Enquadramento Funcional: Administrador Consultor, Carga horária: 10
Prestação de consultoria empresarial nas áreas de O&M, Planejamento, Adm. Financeira e SIG

Conselhos, Comissões e Consultoria, Diretoria Administrativa, Gerência de Administração.
Cargo ou função
Consultor.

Hospital Geral de Goiânia, HGG, Brasil.

Vínculo institucional

1999 - 1999

Atividades

1/1999 - 12/1999

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Administrador Hospitalar, Carga horária: 40

Direção e administração, Diretoria Administrativa, Departamento de Administração e Finanças.

Cargo ou função

Chefe de Departamento.

1/1999 - 12/1999

Conselhos, Comissões e Consultoria, Diretoria Administrativa, Departamento de Administração e Finanças.

Cargo ou função

Membro de comissão.

7/1999 - 9/1999

Serviços técnicos especializados, Diretoria Administrativa, Departamento de Administração e Finanças.

Serviço realizado

Padronização de Todos os Formulários Técnicos e Administrativos da Instituição.

1/1999 - 6/1999

Serviços técnicos especializados, Diretoria Administrativa, Departamento de Administração e Finanças.

Serviço realizado

Elaboração de Normas de Portaria, Recepção e Telefonia.

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, SES-GO, Brasil.

Vínculo institucional

1998 - 2014

Atividades

01/2013 - 12/2014

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Administrador, Carga horária: 30

Direção e administração, Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde.

Cargo ou função

Superintendente.

05/2011 - 12/2012

	Direção e administração, Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde, Gerência de Processamento e Informação. Cargo ou função Gerente.
03/2009 - 12/2010	Direção e administração, Superintendência de Planejamento. Cargo ou função Superintendente.
03/2004 - 05/2008	Direção e administração, Superintendência de Planejamento, Gerência de Informação de Serviços e Rede da Assistência. Cargo ou função Gerente.
3/2006 - 7/2006	Serviços técnicos especializados , Superintendência de Planejamento, Gerência de Informação de Serviços e Rede da Assistência. Serviço realizado
01/2003 - 03/2004	Participação no Desenvolvimento do Relatório de Gestão 2004 - 2006. Direção e administração, Superintendência de Planejamento, Departamento de Organização dos Serviços de Saúde. Cargo ou função Chefe de Departamento.
7/2003 - 8/2003	Treinamentos ministrados , Superintendência de Planejamento, Gerência de Informação de Serviços e Rede da Assistência. Treinamentos ministrados
1/2003 - 6/2003	Elaboração de Planos Municipais de Saúde Treinamentos ministrados , Superintendência de Planejamento, Departamento de Organização dos Serviços de Saúde. Treinamentos ministrados Elaboração de Projetos
1/2003 - 6/2003	Financiamento da Saúde - Programação Pactuada e Integrada Conselhos, Comissões e Consultoria, Superintendência de Planejamento, Departamento de Organização dos Serviços de Saúde. Cargo ou função
01/2001 - 12/2002	Membro da Câmara Técnica de Regionalização. Direção e administração, Superintendência de Planejamento, Divisão de Organização Métodos. Cargo ou função Chefe de Divisão.
1/2001 - 12/2002	Conselhos, Comissões e Consultoria, Superintendência de Planejamento, Divisão de Organização Métodos. Cargo ou função
2/2001 - 6/2001	Membro da Comissão de Fluxo de Processo. Serviços técnicos especializados , Superintendência de Planejamento, Departamento de Organização dos Serviços de Saúde. Serviço realizado Projeto de Reestruturação do Departamento de Organização dos Serviços de Saúde.

Associação Goiana de Integralização e Reabilitação, AGIR, Brasil.

Vínculo institucional

2015 - Atual

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Administrador, Carga horária: 40

Atividades

06/2019 - Atual

Direção e administração, Superintendência de Gestão e Planejamento.

Cargo ou função

Superintendente.

05/2016 - 05/2019

Direção e administração, Assessoria Executiva.

Cargo ou função

Assessor Executivo.

02/2015 - 04/2016

Direção e administração, Assessoria de Planejamento.

Cargo ou função

Assessor de Planejamento.

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública/Especialidade: Gestão de Sistemas Públicos de Saúde.
2. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração / Subárea: Administração de Empresas/Especialidade: Gestão Empresarial Consultoria.
3. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração / Subárea: Administração de Empresas/Especialidade: Sistemas de Informações Gerenciais Em Negócios Públicos e Privados.
4. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública/Especialidade: Informações Em Saúde.
- 5.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública/Especialidade: Economia da Saúde.

6. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração / Subárea: Administração da Saúde/Especialidade: Administração Hospitalar.

Idiomas

Espanhol	Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.
Inglês	Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.
Português	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Produções

Produção bibliográfica

Resumos publicados em anais de congressos

1. ★ **PAULA, Dante Garcia de.** Mortalidade Materna e Neonatal em Goiás. In: VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Ciência & Saúde Coletiva. Livro de Resumos. Livro Resumo. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. v. 2.

Apresentações de Trabalho

1. **PAULA, Dante Garcia de.** Redes de Atenção em Saúde no SUS. 2019. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
2. **PAULA, Dante Garcia de.** Gestão de Serviços na Perspectiva das Organizações Sociais - OSs e da EBSERH. 2018. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
3. **PAULA, Dante Garcia de.** II Jornada Científica do HDS. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
4. **PAULA, Dante Garcia de.** Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas, um direito do povo brasileiro. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
5. **PAULA, Dante Garcia de.** O trabalho numa equipe multidisciplinar de saúde. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
6. **PAULA, Dante Garcia de.** Planejamento em Saúde no Estado de Goiás. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
7. **PAULA, Dante Garcia de.** Gestão e Planejamento em Saúde. 2011. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
8. **PAULA, Dante Garcia de.** Acesso e Acolhimento com Qualidade. 2011. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
9. **PAULA, Dante Garcia de.** Acesso e Acolhimento com Qualidade: Um Desafio Para o SUS. 2011. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
10. **PAULA, Dante Garcia de.** SIMSUS: Simpósio Único de Saúde. 2011. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
11. **PAULA, Dante Garcia de.** Saúde como um bem público. 2009. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
12. **PAULA, Dante Garcia de.** I Mostra Regional de Saúde Macro-Goiânia. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Produção técnica

Assessoria e consultoria

1. ★ **PAULA, Dante Garcia de.** Adequação de Estrutura Organizacional. 2006.
2. ★ **PAULA, Dante Garcia de.** Análise e redimensionamento do sistema de custeio. 2005.
3. ★ **PAULA, Dante Garcia de.** Desenvolvimento de Sistema de Gestão Integrada. 2005.
4. SAÚDE, Secretaria de Estado da ; **PAULA, Dante Garcia de .** Planejamento Estratégico da SES - Técnica BSC. 2003.
5. GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde de ; **PAULA, Dante Garcia de .** Plano de Atribuições e Competências das Regionais de Saúde de Goiás. 2003.
6. **PAULA, Dante Garcia de.** Desenvolvimento Organizacional de Implantação de Sistemas de Informação da Clínica Radiológica Rádio e Cia.. 2002.
7. **PAULA, Dante Garcia de;** GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde de . Financiamento da Saúde - Implantação e Implementação da Programação Pactuada e Integrada em Goiás. 2002.
8. **PAULA, Dante Garcia de.** Segurança Patrimonial de Unidades Assistenciais de Saúde. 2001.

Programas de computador sem registro

1. ★ **PAULA, Dante Garcia de.** Análise da Assistência de Média e Alta Complexidade - Programação X Produção. 2005.

Trabalhos técnicos

1. **PAULA, Dante Garcia de;** GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde de . Plano Estadual de Saúde de Goiás. 2006.
2. **PAULA, Dante Garcia de;** GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde de . Alocação de Recursos em Saúde Com Equidade no Estado de Goiás - Abordagem Metodológica Quebequense. 2006.
3. **PAULA, Dante Garcia de.** Central Park - Projeto de Viabilidade - Produto II. 2004.
4. **PAULA, Dante Garcia de;** GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde de . Plano Diretor de Regionalização - Revisão 2004. 2004.
5. **PAULA, Dante Garcia de.** Módulo Data Warehouse - Análise da Programação e Produção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar em Goiás. 2003.
6. INTEGRAÇÃO, Ministério da ; SAÚDE, Ministério da ; **PAULA, Dante Garcia de** . Plano de Investimento em Saúde na Rede Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno. 2003.
7. **PAULA, Dante Garcia de;** SAÚDE, Secretaria de Estado da . Plano de Mapeamento das Redes e Serviços de Saúde de Goiás. 2003.
8. **PAULA, Dante Garcia de;** SOUZA, Jorge Alves de . Plano de Reforço das Regionais de Saúde de Goiás. 2003.
9. **PAULA, Dante Garcia de;** CONASS ; SAÚDE, Secretaria de Estado da . Funções Essenciais de Saúde - FESP. 2003.
10. **PAULA, Dante Garcia de;** SAÚDE, Secretaria de Estado da . Plano de Reestruturação Organizacional da SES. 2003.
11. **PAULA, Dante Garcia de.** Projeto Fluxo de Processos da SES - GO. 2001.
12. **PAULA, Dante Garcia de.** Implantação de Ponto Eletrônico e Crachá em Instituição de Saúde. 2001.
13. **PAULA, Dante Garcia de;** ALVES, Ricardo Regis de Barros ; PINTO, Lincon Camêlo . Sistema de Informação em Recursos Humanos. 1999.

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1. **PAULA, Dante Garcia de.** Modelo institucional e instâncias de decisão no sus. 2017. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).
2. **PAULA, Dante Garcia de.** II Jornada Científica do HUGOL. 2017. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).
3. **PAULA, Dante Garcia de.** Goiás Fazendo Saúde - I Mostra de Produtos. 2003. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).

Demais tipos de produção técnica

1. **PAULA, Dante Garcia de.** Gestão de serviços na Perspectiva das Organizações Sociais - OS's e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2018. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).
2. **PAULA, Dante Garcia de.** Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Planejamento, Prorrogação e Avaliação em Saúde. 2017. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).
3. **PAULA, Dante Garcia de.** Encontro de Sensibilização para os Gestores Municipais de Saúde. 2012. .
4. **PAULA, Dante Garcia de.** Legislação do SUS. 2012. .
5. **PAULA, Dante Garcia de.** Oficina de Capacitação dos Municípios no Novo Sistema de Programação Pactuada e Integrada - SISPPI. 2012. .
6. **PAULA, Dante Garcia de.** Oficina de Capacitação dos Municípios no Novo Sistema de Programação Pactuada e Integrada - SISPPI. 2012. .
7. **PAULA, Dante Garcia de.** Regulação de Sistemas de Saúde/ NESC/ UFG. 2011. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).
8. **PAULA, Dante Garcia de.** O Novo Pacto da Saúde. 2007. .
9. **PAULA, Dante Garcia de.** Módulos: História da Saúde Pública e Modelos Assistenciais, Planejamento e Financiamento em Saúde, Sistema de Informação e Comunicação em Saúde. 2006. .
10. **PAULA, Dante Garcia de.** VIII Seminário e V Oficina de Vigilância Epidemiológica: Sistemas de Informação em Saúde. 2003. (Curso de curta duração ministrado/Extensão).

Bancas

Participação em bancas de trabalhos de conclusão

Monografias de cursos de aperfeiçoamento/especialização

1. **PAULA, Dante Garcia de;** ALVES, Carla Guimarães; FERREIRA, Lucélia Borges Abreu. Participação em banca de Inayá dos Santos Werneck Rodrigues. 2º Conferência de saúde da mulher em Goiás: um relato de experiência. 2018. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Pública) - Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago.
2. **PAULA, Dante Garcia de;** ALVES, Carla Guimarães; FERREIRA, Lucélia Borges Abreu. Participação em banca de Cleide Márcia de Oliveira. Modernização da administração pública e a gestão de processos e negócio na Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. 2018. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Pública) - Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago.
3. **PAULA, Dante Garcia de;** ALVES, Carla Guimarães; FERREIRA, Lucélia Borges Abreu. Participação em banca de Ludimila Cristina da Silva Carvalho. Análise da implantação do projeto apoiador em Goiás: Um estudo de caso. 2018. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Pública) - Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago.

4. **PAULA, Dante Garcia de;** FERREIRA, Lucélia Borges Abreu; ALVES, Carla Guimarães. Participação em banca de Marília Cláudia Carvalhais Teixeira. O credenciamento nas contratações para o Sistema Único de Saúde e as instruções normativas do Tribunal de Contas dos municípios do estado de Goiás. 2018. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Pública) - Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. MV Experience. 2019. (Congresso).
2. O papel das organizações sociais na rede de saúde pública. 2019. (Outra).
3. 12º Convenção Brasileira de Hospitais. 2018. (Congresso).
4. I Wokshop de Regulação em Saúde da SMS Goiânia. 2018. (Outra).
5. I Simpósio Internacional de Excelência Operacional do Hospital Sírio-Líbanês. 2017. (Simpósio).
6. II Jornada Científica do HDS. 2015. (Congresso).
7. As Regiões de Saúde e a Gestão Compartilhada das Redes de Atenção à Saúde. 2014. (Seminário).
8. Qualificação de Profissionais no âmbito da rede cegonha DF e Ride. 2014. (Seminário).
9. Seminário de Regionalização e Governança no SUS. 2014. (Seminário).
10. As Organizações Sociais e as parcerias na área da saúde: aprofundando o debate. 2013. (Seminário).
11. II Seminário sobre Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social no Âmbito do SUS. 2013. (Seminário).
12. Consórcios Intermunicipais. 2012. (Oficina).
13. V Plenária Estadual de Conselhos de Saúde de Goiás. 2010. (Outra).
14. JMap Administrator. 2007. (Congresso).
15. Seminário de Sensibilização e apresentação do sistema de planejamento do SUS-PlanejaSUS. 2007. (Seminário).
16. Seminário Internacional do Projeto de Cooperação Técnica de Goiás Québec. 2007. (Congresso).
17. IX-EPROCAD - Encontro de professores e coordenadores de cursos de administração do centro-oeste. 2006. (Seminário).
18. XI Conad. 2006. (Congresso).
19. Goiás Fazendo Saúde. 2005. (Congresso).
20. Municípios e Comunidades Saudáveis. 2005. (Outra).
21. Reunião Funções Essenciais de Saúde. 2005. (Encontro).
22. X Conad. 2005. (Congresso).
23. Goiás Fazendo saúde. 2004. (Congresso).
24. Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde. 2004. (Seminário).
25. XIII ENLA / IX CONAD. 2004. (Congresso).
26. Goiás Fazendo saúde - I Mostra de Produtos. 2003. (Congresso).
27. Goiás Fazendo Saúde - I Mostra de Produtos. 2003. (Congresso).
28. Oficina de Apoio à Regionalização. 2003. (Oficina).
29. VI GOIANARH. 2003. (Congresso).
30. VIII Seminário e V Oficina de Vigilância Epidemiológica. 2003. (Seminário).
31. X Congresso de Administração do Mercosul / VIII Conad. 2003. (Congresso).
32. VII Conad. 2002. (Congresso).
33. 1º Congresso Goiano de Administração Hospitalar. Integrante de Comissão Organizadora. 2001. (Congresso).
34. 1º Congresso Goiano de Administração Hospitalar. Integrante de Comissão Científica. 2001. (Congresso).
35. Processo de Aquisição de Equipamentos Hospitalares. 2001. (Seminário).
36. Santas Casas e Hospitais Filantrópicos. 2001. (Congresso).
37. Novas tecnologias aplicadas à área da saúde. 2000. (Seminário).
38. V Conad. 2000. (Congresso).
39. Qualidade Pessoal. 1999. (Congresso).
40. VIII Congresso Goiano de Hospitais. 1999. (Congresso).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **PAULA, Dante Garcia de.** V Encontro de Saúde do Estado de Goiás. 2013. (Congresso).
2. **PAULA, Dante Garcia de.** Simpósio Goiano de Informação em Saúde. 2013. (Congresso).
3. **PAULA, Dante Garcia de.** VI ENCONTRO DA SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS. 2011. (Congresso).
4. **PAULA, Dante Garcia de.** 1º Congresso Goiano de Administração Hospitalar. 2001. (Congresso).

Orientações

Orientações e supervisões concluídas

Orientações de outra natureza

1. Noely F. L. de Moraes; Pricila M. Guimarães; Selma S. Santos. Regulação do acesso - Proposta de modelo de complexo regulador para a região de saúde do entorno sul. 2012. Orientação de outra natureza - Universidade Federal de Goiás. Orientador: Dante Garcia de Paula.
2. Polyana Maria Pimenta Mandacaru. Acolhimento com classificação de risco como instrumento do processo de regulação. 2012. Orientação de outra natureza - Universidade Federal de Goiás. Orientador: Dante Garcia de Paula.
3. Júlia G. Duarte; Marcelo D. de Carvalho. A PPI como instrumento de organização do acesso aos serviços de cardiologia do município de Hidrolândia-Go. 2012. Orientação de outra natureza - Universidade Federal de Goiás. Orientador: Dante Garcia de Paula.

Educação e Popularização de C & T

Apresentações de Trabalho

1. **PAULA, Dante Garcia de.** I Mostra Regional de Saúde Macro-Goiânia. 2004. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
2. **PAULA, Dante Garcia de.** Saúde como um bem público. 2009. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
3. **PAULA, Dante Garcia de.** Acesso e Acolhimento com Qualidade: Um Desafio Para o SUS. 2011. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
4. **PAULA, Dante Garcia de.** SIMSUS: Simpósio Único de Saúde. 2011. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
5. **PAULA, Dante Garcia de.** Planejamento em Saúde no Estado de Goiás. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
6. **PAULA, Dante Garcia de.** II Jornada Científica do HDS. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
7. **PAULA, Dante Garcia de.** Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas, um direito do povo brasileiro. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
8. **PAULA, Dante Garcia de.** O trabalho numa equipe multidisciplinar de saúde. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
9. **PAULA, Dante Garcia de.** Redes de Atenção em Saúde no SUS. 2019. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Cursos de curta duração ministrados

1. **PAULA, Dante Garcia de.** Módulos: História da Saúde Pública e Modelos Assistenciais, Planejamento e Financiamento em Saúde, Sistema de Informação e Comunicação em Saúde. 2006. .
2. **PAULA, Dante Garcia de.** O Novo Pacto da Saúde. 2007. .
3. **PAULA, Dante Garcia de.** Regulação de Sistemas de Saúde/ NESC/ UFG. 2011. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).
4. **PAULA, Dante Garcia de.** Encontro de Sensibilização para os Gestores Municipais de Saúde. 2012. .
5. **PAULA, Dante Garcia de.** Legislação do SUS. 2012. .
6. **PAULA, Dante Garcia de.** Oficina de Capacitação dos Municípios no Novo Sistema de Programação Pactuada e Integrada - SISPPPI. 2012. .
7. **PAULA, Dante Garcia de.** Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Planejamento, Prorrogação e Avaliação em Saúde. 2017. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).
8. **PAULA, Dante Garcia de.** Gestão de serviços na Perspectiva das Organizações Sociais - OS's e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2018. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).
9. **PAULA, Dante Garcia de.** VIII Seminário e V Oficina de Vigilância Epidemiológica: Sistemas de Informação em Saúde. 2003. (Curso de curta duração ministrado/Extensão).
10. **PAULA, Dante Garcia de.** Oficina de Capacitação dos Municípios no Novo Sistema de Programação Pactuada e Integrada - SISPPPI. 2012. .

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1. **PAULA, Dante Garcia de.** Modelo institucional e instâncias de decisão no sus. 2017. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).
2. **PAULA, Dante Garcia de.** II Jornada Científica do HUGOL. 2017. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).
3. **PAULA, Dante Garcia de.** Goiás Fazendo Saúde - I Mostra de Produtos. 2003. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:53

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089421960\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089421960)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

786.667.751-49

Nome

DANTE GARCIA DE PAULA

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S004864

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

0957

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

ANALISTA DE GESTAO EM SAUDE III

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

252105 - Administrador ▾

Nome da função

SUPERINTENDENTE DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

121005 - Diretor de planejamento estratégico ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

 Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

12.100,19

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

0958

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO SEG - HORA E

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

09/02/2015

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

0959

08 - Agosto ▾

26.619.254/0001-86

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020220613104I

Número do recibo

1.1.0000000150154

Processo de emissão do evento

3 - Aplicativo governamental - Web Geral

Versão do Processo

1.0

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1

0960

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87, atesta para os devidos fins que o Sr. CLAUDEMIRO EUZEBIO DOURADO, inscrito(a) no CPF sob o nº 270.458.971-20, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Elaborar e Padronizar políticas, diretrizes e procedimentos específicos para as atividades de planejamento estratégico, gestão de pessoas, suprimentos;
- Controlar e monitorar os processos de prestações de contas, auditorias internas e externas, convênios, transparência, orçamento e custos na AGIR e Unidades;
- Disponibilizar documentos e estudos técnicos ou levantamentos, para o pleno desenvolvimento institucional, sempre que necessário.
- Acompanhar os processos relacionados ao planejamento, gestão de pessoas e suprimentos das Unidades, conformando as determinações previstas nos respectivos Contratos de Gestão e legislações pertinentes, para manutenção de uma organização sistemática.

Atividades desempenhadas no período de 09/10/2002 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 13 de junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87

 @agirsaude

 /agirsaude


 secretariageral@agirsaude.org.br

 /agir.saude

 /tvagir

 (62) 3995-5406

 /agirsaude

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design, Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: CLAUDEMIRO EUZEBIO DOURADO

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsaude.org.br

Status: Finalizado

HASH: 42-0A-78-1F-E7-C9-66-24-74-29-73-C0-A0-67-88-8C-6C-A0-16-98

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsaude.org.br - **Data:** 13/06/2022 19:13:28

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981481, -49.2237445

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=42-0A-78-1F-E7-C9-66-24-74-29-73-C0-A0-67-88-8C-6C-A0-16-98>.

Código HASH: 42-0A-78-1F-E7-C9-66-24-74-29-73-C0-A0-67-88-8C-6C-A0-16-98



CURRICULUM VITAE

CLAUDEMIRO EUZÉBIO DOURADO

CURRICULUM VITAE

CLAUDEMIRO EUZÉBIO DOURADO

Rua 03 n° 970 Apt° 802 - Setor Oeste
Goiânia - GO
Tel.: (62) 99973-8489

Brasileiro
Casado

RESUMO DE QUALIFICAÇÕES

- Experiência na administração de empresas hospitalares
- Gerência de serviços de patrimônio, almoxarifado, compras, contas hospitalares, serviços de arquivo médico e estatística.
- Êxito na administração de hospital de grande porte.
- Domínio de técnicas de elaboração em desenvolvimento de softwares para aplicações hospitalares.
- Formado em Administração de Empresas pela FACH - Goiás.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

10/80 - 09/83 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, Goiânia - GO.

- Desenvolvimento de rotinas administrativas para execução de convênio com entidades financeiras, destinadas a benefícios aos funcionários da Universidade Federal de Goiás.

**10/83 - 06/99 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE GOIÁS, Goiânia, GO.**

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA
10/83 A 06/90**

Entre as principais atribuições destacam-se:

- Cadastramento de pacientes;
- Confeção, guarda, conservação e controle da movimentação do prontuário do paciente;
- Concepção/elaboração de rotinas administrativas inerentes ao serviço de arquivo médico e estatística;
- Reestruturação do arquivo nosológico;
- Organização do arquivo de prontuários;
- Informatização do serviço de arquivo médico e estatística;
- Gerenciamento do serviço.

SERVIÇO DE COMPRAS/ALMOXARIFADO/PATRIMÔNIO

06/90 A 04/91

Principais atribuições:

- Gerenciamento do serviço;
- Concepção/elaboração de rotinas administrativas visando a modernização do serviço;

- Participação na implantação do sistema administrativo por “curva ABC”;
- Concepção/gerenciamento da reestruturação física do serviço;
- Participação na padronização do sistema de dose unitária;
- Participação na implantação do sistema de produção de insumos medicamentosos, alimentares e de higienização;
- Gerenciamento de aquisições pelo sistema de licitações.

DIRETOR ADMINISTRATIVO

04/91 A 05/94

Entre as atribuições e resultados, destacam-se:

- Gerenciamento do hospital geral, de ensino, com as seguintes características: 23.000 m² de área, 330 leitos, 1.200 funcionários, 900 internações/mês, 30.000 consultas/mês, com serviços próprios de pronto atendimento adulto e pediátrico, urgência e emergência, imagenologia, laboratório clínico, patologia, hemodiálise, unidade de terapia intensiva adulta, banco de sangue, centro cirúrgico, central de material e esterilização, centros de endoscopias (uro, procto, gastro, pneumo), serviço de diagnóstico (ECG, EEG, Doppler, esteira, gasometria, HLA, etc), nutrição e dietética, serviço social, psicologia, farmácia, fonoaudiologia, odontologia, com abrangência de atendimento em clínica médica, cirúrgica, ortopédica, pediátrica, medicina tropical e

ginecologia e obstetrícia. Estrutura administrativa composta por serviços de pessoal, recursos humanos, recepção, vigilância, transporte, contas hospitalares, estatísticas, arquivo médico, financeiro, patrimônio, almoxarifado, protocolo, CPD, manutenção, processamento de roupas, engenharia, necrotério, etc;

- Participação na elaboração de Plano Diretor, abordando perspectivas de intervenções a níveis da estrutura física, do reaparelhamento e da melhoria de performance do pessoal, a curto, médio e longo prazos;
- Gerenciamento de equipe de 40 (quarenta) chefias;
- Gestão de política administrativo-financeira, com ênfase na aplicação do plano diretor.

Resultados Alcançados

- Melhoria de performance produtiva;
 - De 7.000 para 23.000 consultas/mês;
 - De 700 para 900 internações/mês;
 - De R\$ 350.000 para R\$ 750.000 de arrecadação/ mês.
- Melhoria da estrutura física;
 - Reforma de vários ambientes no hospital.
- Melhoria tecnológica:
 - Aquisição/comando de novos equipamentos e informatização do hospital.

Melhoria da qualidade do corpo técnico-administrativo:

- Identificação/implantação de cursos de aperfeiçoamento.

- Inserção do hospital como referência no sistema;
- Incremento dos programas de extensão e pesquisa.

SERVIÇO DE CONTAS HOSPITALARES

08/94 A 03/96

Principais atribuições:

- Faturamento de contas hospitalares ambulatoriais e de internação, junto ao SUS;
- Elaboração de rotinas administrativas inerentes aos sistemas de contas hospitalares;
- Informatização do serviço de contas hospitalares;
- Gerenciamento do serviço.

GERÊNCIA DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E

ESTATÍSTICA 04/96 A 06/98

Principais ações:

- Elaboração de análise diagnóstica e estabelecimento de prognósticos para o serviço;
- Reestruturação da área física contribuindo para melhorias do serviço interno e externo;
- Implementação de ações de humanização no atendimento ao cliente;

- Reestruturação do serviço de confecção, guarda, conservação e controle do fluxo de prontuário;
- Reestruturação do serviço de arquivo nosológico;
- Reestruturação do serviço de internação de pacientes;
- Reestruturação do serviço de gerenciamento da grade de consultas ambulatoriais (agendamento);
- Implantação do serviço de código de barras no prontuário, objetivando melhor controle;
- Concepção/implementação de novo lay out para o arquivo de prontuários;
- Recuperação/reestruturação de todo o arquivo de prontuários do hospital (cerca de 500.000 prontuários).

ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO

DE 06/99 A 08/2002

Principais atribuições desenvolvidas:

- Ações de fomento de práticas de políticas institucionais, identificando possibilidades de financiamento de projetos de melhorias para o hospital, elaborando projetos e planos de trabalho e gerenciando sua execução, junto a órgãos governamentais nas esferas municipal, estadual e federal

;

- Participação efetiva, como assessora nas discussões e elaborações de políticas técnico-administrativo-financeiras para o hospital, junto à Diretoria Executiva.

**ASSESSORIA DA DIREÇÃO GERAL
DE 06/99 A 08/2002**

Principais atribuições:

- Gestão da agenda administrativa e política do Diretor Geral do Hospital;
- Gestão de ações que permitam a plena execução das principais decisões do Diretor Geral.

**09/2002 AOS DIAS ATUAIS - ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO
E RESULTADOS EM SAÚDE (AGIR), gestora do C R E R , H D S ,
H U G O L , H C A M P G O I Â N I A E H C N**

**SUPERINTENDENTE ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO
DESDE 09/2002**

Entre as principais atribuições destacam-se:

- Planejamento, organização, coordenação, supervisão e controle das atividades administrativas em geral;
- Participação nas atividades de planejamento e execução dos planos e projetos;
- Controle e avaliação das ações e serviços administrativos;
- Gestão das finanças da Instituição, movimentando, juntamente com o Superintendente Executivo, os recursos financeiros, bem como, assinando os documentos atinentes à movimentação dos mesmos.

OUTRAS ATIVIDADES

- **Co-escritor do livro “Marketing de Relacionamento para Organizações de Saúde” / Valdir Ribeiro Borba, organizador. São Paulo: Atlas, 2004.**

EDUCAÇÃO

- **Mestrado em Desenvolvimento Regional
Faculdade Alves Faria - ALFA**
- **MBA em Gestão de Organizações Hospitalares e Sistemas de Saúde
Fundação Getúlio Vargas**
- **Graduação em Administração
Faculdade Anhangüera de Ciências Humanas Goiânia - Goiás.**

OUTROS CURSOS

- **Curso Direito do Terceiro Setor: Aspectos Estatutários, Trabalhista e Tributários.
20 a 23/09/2004**
- **Goiás Fazendo Saúde - I Mostra de Produtos. 01 a 03/12/2003**
- **Curso de Capacitação para Tutores do Gerenciamento da Manutenção de Equipamentos Médicos - Hospitalares (Reforsus -Ministério da Saúde).
04/04 a 05/05/2002**

- 1º Congresso Goiano de Administração Hospitalar. 20 e 21/09/2001.
- Encontro Nacional sobre Hospitais de Ensino. 16 e 17/10/1993.
- XVII Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar. 08 a 10/07/1993.
- Curso de Introdução a Informática e Sistema Operacional DOS. 30/11 a 04/12/1992.
- I Congresso Brasileiro de Diretores e Administradores Hospitalares 21 a 23/11/1991
- Encontro sobre modernidade e excelência na gestão do capital humano nas organizações.
31/10/1991.
- 15º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar 30/05 a 01/06/1991.
- III Módulo do Curso de Técnicas de Administração de Materiais. 15 a 19/10/1990.
- Curso “Arquivo Médico e Radiológico” 17 a 28/08/1987.
- Curso de Datilografia 10/10/1980 a 10/09/1981.

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:49

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4088864326\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4088864326)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

270.458.971-20

Nome

CLAUDEMIRO EUZEBIO DOURADO

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S004810

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

0973

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

ANALISTA DE GESTAO EM SAUDE III

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

252105 - Administrador ▾

Nome da função

SUPERINTENDENTE ADM. E FINANCEIRO

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

123110 - Diretor administrativo e financeiro ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

 Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

12.100,19

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

0974

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICA0 DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO QUA - HORA E

A jornada semanal possui horário
noturno? Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

09/10/2002

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo
da categoria

0975

08 - Agosto ▾

26.619.254/0001-86

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020220613185

Número do recibo

1.1.0000000150272

Processo de emissão do evento

3 - Aplicativo governamental - Web Geral

Versão do Processo

1.0

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1

0976



ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0003-68, atesta para os devidos fins que o Sr. CIRO BRUNO SILVEIRA COSTA, inscrito(a) no CPF sob o nº 894.681.631-72, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Planejar, avaliar e dirigir funcionamento dos serviços relacionados à assistência técnica em saúde, assegurando as condições técnicas de atendimento na instituição, para garantir a assistência segura e de qualidade ao paciente, diariamente.
- Dispor dos meios adequados para o exercício dos serviços sob sua direção, visando melhor desempenho, para assegurar a continuidade do serviço prestado e assistência segura e de qualidade ao paciente, diariamente.
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, mantendo atualização e divulgação, para garantir a execução das orientações em consonância com as disposições legais, diariamente.
- Fomentar as produções técnico-científicas desenvolvidas na unidade, direcionando as gerências quanto as diretrizes estabelecidas, a fim de fortalecer o ensino e pesquisa institucional, diariamente.

Atividades desempenhadas no período de 02/09/2019 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 13 de junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: CIRO BRUNO SILVEIRA COSTA

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsaude.org.br

Status: Finalizado

HASH: 37-A8-C1-B1-89-46-4F-1C-56-F9-F4-87-46-84-6E-06-0C-CF-75-A6

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsaude.org.br - **Data:** 13/06/2022 19:17:01

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981481, -49.2237445

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=37-A8-C1-B1-89-46-4F-1C-56-F9-F4-87-46-84-6E-06-0C-CF-75-A6>.

Código HASH: 37-A8-C1-B1-89-46-4F-1C-56-F9-F4-87-46-84-6E-06-0C-CF-75-A6



CIRO BRUNO SILVEIRA COSTA

CURRICULUM VITAE

2022

0979

CURRICULUM VITAE

Junho de 2022



1. DADOS PESSOAIS

Nome: Ciro Bruno Silveira Costa
Filiação: Leo Darck da Costa e Maria Cristina Silveira da Costa
Nascimento: 09/02/1980 Goiânia-GO, Brasil
Carteira de identidade: 3743691/2º via, DGPC-GO 17/04/2000
CPF: 894681631-72
Masculino, casado, 1 filha
CRM-GO: 14651
Endereço residencial: Rua das Tulipas, SN, Qd. 8, L. 7
Jds. Milão
CEP: 74885-715 Goiânia-GO-Brasil
Telefone: (62) 96184047
Telefone comercial: (62) 30880099
E-mail: cirobruno@hotmail.com

2. FORMAÇÃO ACADÊMICA

- 2022** Pós-graduado em Gestão em Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês
- 2015** Título de Terapia Intensiva pela AMIB
- 2010** Título de Nefrologia SBN
- 2010** Cursou residência médica em Nefrologia. FAMERP/Hospital de Base. São José do Rio Preto (período fev/2008-jan /2010)
- 2008** Cursou residência em Clínica Médica. FAMERP/Hospital de Base. São José do Rio Preto (período fev/2006 – jan/2008).
- 2005** Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Federal de Mato Grosso / UFMT, Mato Grosso, Brasil.

3. FORMAÇÃO COMPLEMENTAR

2019

- Curso de Acessos Vasculares – DOPPLER e Condutas em Acessos do Centro de Educação Pró-Renal (Carga Horária: 24 horas)
- I Curso ULTRASSONOGRAFIA AVANÇADA POINT-OF-CARE DE PULMÃO SOMITI/Winfocus (Carga Horária: 20 horas)

2018

- Curso de Ecocardiografia e Ultrassonografia em Emergência e UTI – Instituto de Radiologia do HC-FMUSP (Carga Horária: 16 horas)
- Curso ULTRASSOM Point Of Care em Nefrologia Congresso Brasileiro de Nefrologia (Carga Horária: 20 horas)
- Curso de Formação Pedagógica para Tutores e Preceptores do HC-UFG/ EBSERH

5. IDIOMAS:

Compreende: Espanhol (Bem), Inglês (Bem), Português (Bem).
Fala: Espanhol (Razoavelmente), Inglês (Bem), Português (Bem).
Lê: Espanhol (Bem), Inglês (Bem), Português (Bem).
Escreve: Espanhol (Razoavelmente), Inglês (Bem), Português (Bem).

6. PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS

- 1 Organizador do 1° Curso de Ultrassom Point of Care – POCUS – em Nefrologia da SGN (Carga Horária: 20 horas)
Março de 2019
- 2 Congresso Brasileiro de Nefrologia
Setembro de 2018 (Participante)
- 3 Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva

7. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

1. Graduado em Inglês pela FISK: *THE FISK ENGLISH COURSE*

8. ATIVIDADES PROFISSIONAIS

- **Área de Nefrologia**

- a) Médico Nefrologista e Diretor Financeiro da Clínica Terapia Renal Substitutiva – TRS (atual)
- b) Diretor de Políticas Associativas Sociedade Brasileira de Nefrologia Biênio 2021/2022 (atual)
- c) Vice-Presidente do Centro-Oeste da Sociedade Brasileira de Nefrologia Biênio 2019/2020;
- d) Presidente Sociedade Goiana de Nefrologia Biênios 2013-14; 2015-16; 2017-18
- e) Preceptor da Residência de Nefrologia do HC-UFG; 2011-2018
Carga horária: 20 horas semanais

- **Medicina Intensiva**

- a) Responsável Técnico e Coordenador Médico da UTI do Hospital de Acidentados Clínica Santa Isabel – Goiânia-GO (setembro de 2016 até dias atuais)
- b) Hospital de Câncer de Barretos
Av. Antenor Duarte Vilela, 133. Fone: 017-33216600
Plantonista da UTI
Carga horária: 12 horas semanais
- c) Hospital Unimed Bebedouro
Rua Rubião Junior, 1102. Fone: 017-3341500
Plantonista da UTI
Carga horária: 12 horas semanais

- **Gestão**

- a) Gerente Médico de Paciente Internado – Hospital CRER; Set/2019 junho de 2020;
- b) Diretor Técnico – Hospital CRER; junho de 2020 até dias atuais

Ciro Bruno Silveira Costa
Goiânia, junho de 2022

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:52

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=5572781763\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=5572781763)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

894.681.631-72

Nome

CIRO BRUNO SILVEIRA COSTA

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S008223

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

0983

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

MEDICO A

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

225125 - Médico clínico ▾

Nome da função

DIRETOR A TECNICO A

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

131205 - Diretor de serviços de saúde ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

 Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

11.480,67

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

0984

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO SEG - HORA E

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

02/09/2019

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

0985

08 - Agosto ▾

02.879.260/0001-04

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020211026151

Número do recibo

1.1.0000000116552

Processo de emissão do evento

1 - Aplicativo do empregador

Versão do Processo

12.1.31.24

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1

0986



ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04, atesta para os devidos fins que o Sr. CRISTHIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA HOLANDA BRAGA, inscrito(a) no CPF sob o nº 903.933.091-34, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Desenvolver, implementar e gerenciar processos, protocolos, indicadores e pessoas utilizando ferramentas de gestão, com a finalidade de garantir o cumprimento das metas ambulatoriais e de exames com foco na qualidade, segurança e experiência do paciente, sempre que necessário.
- Gerenciar as condutas e registros médicos no processo de cuidado e experiência do paciente, analisando o prontuário eletrônico e/ ou documentos médicos, a fim de normatizar e estruturar a assistência médica prestada na unidade, diariamente.
- Elaborar e gerenciar a Matriz de Treinamento Médico, supervisionando a adesão da equipe e supervisão médica frente aos treinamentos, para assegurar uma educação continuada eficaz e perene. Sempre que necessário.

Atividades desempenhadas no período de 01/08/2014 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 13 de junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: CRISTHIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA HOLANDA BRAGA

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsaude.org.br

Status: Finalizado

HASH: FA-8A-0D-5C-4F-39-49-12-E7-C3-02-92-DF-01-8A-15-92-72-07-AB

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsaude.org.br - **Data:** 13/06/2022 19:27:44

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981481, -49.2237445

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=FA-8A-0D-5C-4F-39-49-12-E7-C3-02-92-DF-01-8A-15-92-72-07-AB>

Código HASH: FA-8A-0D-5C-4F-39-49-12-E7-C3-02-92-DF-01-8A-15-92-72-07-AB





Cristhiano Augusto de Oliveira Holanda Braga

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8429328931648588>

ID Lattes: **8429328931648588**

Última atualização do currículo em 03/01/2022

Médico Geriatra RQE 8078. Mestre pela Universidade Federal de Goiás e Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina UFG. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Goiás (2006). Residência médica em Clínica médica e geriatria. Médico geriatra titulado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Membro Titular da Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Atuando profissionalmente como Diretor Clínico e Gerente de Atendimento Clínico do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER. Fundador do Comitê de Cuidados Paliativos do CRER/AGIR. Médico Geriatra no CRD e no Centro de Especialidades do IPASGO. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Cristhiano Augusto de Oliveira Holanda Braga 

Nome em citações bibliográficas

BRAGA, C. A. O. H.

Lattes iD

 <http://lattes.cnpq.br/8429328931648588>

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2019

Doutorado em andamento em Ciências da Saúde (Conceito CAPES 4).

Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Título: AVALIAÇÃO FUNICIONAL DE PACIENTES COM ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA,

Orientador: Denise Sisterolli Diniz.

Palavras-chave: Esclerose Lateral Amiotrófica.

2016 - 2019

Mestrado em Ciências da Saúde (Conceito CAPES 4).

Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Título: Estudo Epidemiológico de Pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica no Estado de Goiás com Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade, Ano de Obtenção: 2019.

Orientador: Denise Sisterolli Diniz.

Coorientador: Valeriana de Castro Guimarães.

Palavras-chave: Esclerose Lateral Amiotrófica; Incapacidade; Funcionalidade.

2010 - 2011

Especialização - Residência médica.

Hospital de Urgências de Goiânia, HUGO, Brasil. Residência médica em:

Número do registro: .

2007 - 2008

Especialização - Residência médica.

Hospital Regional de Taguatinga, HRT, Brasil. Residência médica em:

Número do registro: .

2014

Especialização em andamento em MBA Gestão e Auditoria em Sistemas de Saúde. (Carga Horária: 480h).

2001 - 2006 Instituto de Pós-Graduação e Graduação, IPOG, Brasil.
Graduação em Medicina.
Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Formação Complementar

2019 MBA em CAP: Liderança Integral: Habilidades para o Alto Desempenho nas Organização. (Carga Horária: 432h).
Instituto de Pós-Graduação e Graduação, IPOG, Brasil.

2020 - 2021 MBA em CAP: Liderança Integral: Habilidades para o Alto Desempenho nas Organização. (Carga Horária: 144h).
Instituto de Pós-Graduação e Graduação, IPOG, Brasil.
Título: Liderança de Pessoas e Equipes.
Orientador: FABRIZIO ROSSO.

2019 - 2021 Curso de Certificação Lean Seis Sigma Green Belt. (Carga horária: 420h).
FM2S, FM2S, Brasil.

2014 - 2014 Cuidados Paliativos. (Carga horária: 24h).
Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, CEALAG, Brasil.

Atuação Profissional

ASSOCIACAO BENEFICENTE SIRIA, hcor, Brasil.

Vínculo institucional

2018 - 2019 Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, SBNPE, Brasil.

Vínculo institucional

2010 - 2010 Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Centro de Reabilitação e Readaptação Henrique Santillo, CRER, Brasil.

Vínculo institucional

2013 - Atual Vínculo: Empregado, Enquadramento Funcional: Gerente de Atendimento ao Paciente Internado

Atividades

02/2016 - Atual Conselhos, Comissões e Consultoria, CRER.
Cargo ou função
Presidente do Comitê de Prontuário e Óbito.

2014 - Atual Direção e administração, CRER.
Cargo ou função
Diretor Clínico.

2014 - Atual Direção e administração, CRER.
Cargo ou função
Gerente de Atendimento ao Paciente Internado.

02/2015 - 02/2016 Conselhos, Comissões e Consultoria, CRER.
Cargo ou função

2014 - 02/2016 Presidente do Comitê de Cuidados Paliativos.
Conselhos, Comissões e Consultoria, CRER.
Cargo ou função
Presidente do Comitê Transfusional.

Centro de Recursos Diagnósticos, CRD, Brasil.

Vínculo institucional**2012 - Atual**

Vínculo: Médico Geriatra, Enquadramento Funcional: Médico Geriatra, Carga horária: 12

Igreja Sagrada Família, ISG, Brasil.**Vínculo institucional****2012 - 2015**

Vínculo: Voluntário, Enquadramento Funcional: Médico Geriatra, Carga horária: 6

Hospital Dia do Idoso, HDI, Brasil.**Vínculo institucional****2012 - 2014**

Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Médico Geriatra

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, SMS-GOIÂNIA, Brasil.**Vínculo institucional****2009 - Atual**

Vínculo: Comissionadp, Enquadramento Funcional: Emergencista, Carga horária: 12

CAPTAMED, CAPTAMED, Brasil.**Vínculo institucional****2012 - 2014**

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Médico Geriatra, Carga horária: 30

Projetos de pesquisa

2010 - 2010

Nutridia Brasil 2010

Descrição: Avaliação de cuidados nutricionais das enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva dos Hospitais do Brasil.

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Integrantes: Cristhiano Augusto de Oliveira Holanda Braga - Coordenador / Maria Cristina Gonzalez - Integrante / Michael Hiesmayr - Integrante.

Projetos de ensino

2018 - 2019

Projeto ?Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-hospitalar?

Descrição: A Associação Beneficente Síria - Hospital do Coração em parceria com o Ministério da Saúde certifica que:Cristhiano Augusto de O. Holanda Braga Participou das oficinas de capacitação do Projeto ?Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-hospitalar?, oferecido pelo Laboratório de Implementação do Conhecimento em Saúde do Hospital do Coração, realizado no Estado de Goiás, no período de outubro de 2018 a dezembro de 2019, totalizando a carga horária de 210 horas, com frequência de 93%..

Situação: Concluído; Natureza: Ensino.

Integrantes: Cristhiano Augusto de Oliveira Holanda Braga - Coordenador / Dra. Bernardete Weber - Integrante.

Financiador(es): Ministério da Saúde - Cooperação.

Áreas de atuação

1.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica/Especialidade: Geriatria.

2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Cuidados Paliativos.
 3. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Gestão em Saúde.
 4. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica.

Idiomas

Inglês	Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.
Espanhol	Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.

Produções

Produção bibliográfica

Resumos publicados em anais de congressos

1. Thiago Delano Alves Rodrigues Bernardes ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; Hélvia Fernandes De Assis ; Danillo Florindo de Faria ; **BRAGA, C. A. O. H.** . A implementação de um painel dinâmico para gestão e otimização no processamento de dados dos exames de imagem; um relato de experiência. In: II Jornada Científica Integrativa da Agir, 2021, Goiânia. II Jornada Científica Integrativa da Agir. Goiânia: <https://www.even3.com.br//documentos>, 2021.
2. 🏆 SOARES, R. M. ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; Borges, JG ; Junior, JGG ; NEVES, LS ; AGUIAR, L. E. R. . TUBERCULOSE GANGLIONAR EM IDOSA - RELATO DE CASO. In: VI Congresso Centro Oeste de Geriatria e Gerontologia - VI COGER, 2011, Goiânia. VI COGER Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia IV Jornada Goiana de Geriatria e Gerontologia Desafios no paciente idoso: do envelhecimento ativo aos cuidados paliativos 08 a 11 de setembro de 2011. goiânia: revista Movimenta, 2011. v. 4. p. 160-241.
3. **BRAGA, C. A. O. H.** ; COSTA, E. F. A. ; AGUIAR, L. E. R. ; Borges, JG ; Junior, JGG ; NEVES, LS ; SOARES, R. M. . ADENOCARCINOMA DE DUODENO - RELATO DE CASO. In: VI Congresso Centro Oeste de Geriatria e Gerontologia - VI COGER, 2011, Goiânia. VI COGER Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia IV Jornada Goiana de Geriatria e Gerontologia Desafios no paciente idoso: do envelhecimento ativo aos cuidados paliativos 08 a 11 de setembro de 2011. Goiânia: Revista Movimenta, 2011. v. 4. p. 160-241.
4. Borges, JG ; AGUIAR, L. E. R. ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; Junior, JGG ; CAJUI, A. C. S. ; NEVES, LS ; SANTANA, Z. S. ; SOARES, R. M. . PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DE COMORBIDADES DE IDOSOS ADMITIDOS EM SERVIÇO DE URGÊNCIA DE UM HOSPITAL EM GOIÂNIA-GO. In: VI Congresso Centro Oeste de Geriatria e Gerontologia - VI COGER, 2011, Goiânia. VI COGER Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia IV Jornada Goiana de Geriatria e Gerontologia Desafios no paciente idoso: do envelhecimento ativo aos cuidados paliativos 08 a 11 de setembro de 2011. Goiânia: Revista Movimenta, 2011. v. 4. p. 160-241.
5. 🏆 PRICINOTE, S. C. M. N. ; COSTA, E. F. A. ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; Borges, JG ; Junior, JGG . ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO ENVOLVENDO IDOSOS: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE GERIATRIA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA (HUGO). In: Vi Congresso Centro Oeste de Geriatria e Gerontologia - VI COGER, 2011, Goiânia. VI COGER Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia IV Jornada Goiana de Geriatria e Gerontologia Desafios no paciente idoso: do envelhecimento ativo aos cuidados paliativos 08 a 11 de setembro de 2011. Goiânia: Revista Movimenta, 2011. v. 4. p. 160-241.

Apresentações de Trabalho

1. BERNARDES, T. D. A. R. ; ASSIS, H. F. ; FARIA, D. F. ; **BRAGA, C. A. O. H.** . A implementação de um painel dinâmico para gestão e otimização no processamento de dados dos exames de imagem; um relato de experiência. 2021. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
2. **BRAGA, C. A. O. H.**. Gestão hospitalar, indicadores e custo efetividade. 2021. (Apresentação de Trabalho/Outra).
3. **BRAGA, C. A. O. H.** ; PIERDONA, N. ; VILELA, A. C. ; JUNQUEIRA, J. . O manejo do paciente idoso pós-queda.. 2020. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
4. **BRAGA, C. A. O. H.**. Demência de Alzheimer. 2017. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
5. **BRAGA, C. A. O. H.**. Cuidados Paliativos: Uma visão holística em medicina. 2015. (Apresentação de Trabalho/Outra).
6. 🏆 **BRAGA, C. A. O. H.**. Curso Pré Congresso de Geriatria para Clínico. 2013. (Apresentação de

- Trabalho/Congresso).
7.  **BRAGA, C. A. O. H.**. O Começo do Ocaso. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
 8. **BRAGA, C. A. O. H.**. Otimização da Prescrição para Idosos e Redução do Risco de Iatrogenia. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
 9. **BRAGA, C. A. O. H.**. Envelhecimento Populacional Brasileiro e Transição Epidemiológica. 2012. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
 10. Borges, JG ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; CAJUI, A. C. S. ; SOARES, R. M. ; AGUIAR, L. E. R. ; NEVES, LS ; Junior, JGG . Fatores Associados a Aumento de Mortalidade Intra-hospitalar em Idosos. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
 11. Borges, JG ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; CAJUI, A. C. S. ; SOARES, R. M. ; AGUIAR, L. E. R. ; Junior, JGG ; NEVES, LS . Avaliação do Índice de Comorbidade de Charlson em Idosos Internados em um Hospital de Urgências. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
 12. **BRAGA, C. A. O. H.**. Curso de Capacitação sobre Gigantes da Geriatria. 2011. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
 13. SOARES, R. M. ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; Borges, JG ; Junior, JGG ; NEVES, LS ; AGUIAR, L. E. R. . Tuberculose Ganglionar em Idosa - Relato de Caso. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
 14.  SOARES, R. M. ; AGUIAR, L. E. R. ; Borges, JG ; NEVES, LS ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; Junior, JGG . Perfil epidemiológico e de comorbidades de idosos admitidos em um hospital de urgência. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
 15. PRICINOTE, S. C. M. N. ; COSTA, E. F. A. ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; Borges, JG ; Junior, JGG . Aspectos Epidemiológicos dos Acidentes de Trânsito Envolvendo Idosos: A experiência do serviço de geriatria do Hospital de Urgências de Goiânia. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
 16. **BRAGA, C. A. O. H.** ; COSTA, E. F. A. ; AGUIAR, L. E. R. ; Borges, JG ; Junior, JGG ; NEVES, LS ; SOARES, R. M. . Adenocarcinoma de Duodeno - Relato de Caso. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
 17. ARAUJO FILHO, J. A. ; MOTA, E. D. ; **BRAGA, C. A. O. H.** ; OTON, G. J. B. ; ALENCAR, R. C. ; FARAH, A. R. ; LINO JUNIOR, R. S. ; PAULA, E. C. ; FRAGA JUNIO, A. C. ; SANTOS, D. L. . Diagnóstico de Doenças Infecciosas e Parasitárias em Serviço de Anatomia Patológica de um Hospital Oncológico no Centro Oeste Brasileiro. 2003. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Produção técnica

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1. **BRAGA, C. A. O. H.**. I Simpósio de Neuropsicologia e Reabilitação Multiprofissional do CEAPG. 2019. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).
2. **BRAGA, C. A. O. H.**; SOARES, A. C. ; BATISTA, S. R. R. . Regulação dos serviços de saúde ? universalidade e integralidade da assistência na perspectiva da reabilitação. 2019. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).

Redes sociais, websites e blogs

1. **BRAGA, C. A. O. H.**. Instagram. 2021. (Rede social).

Demais tipos de produção técnica

1. **BRAGA, C. A. O. H.**. Gestão hospitalar, indicadores e custo efetividade. 2021. (Curso de curta duração ministrado/Extensão).
2. **BRAGA, C. A. O. H.**. Vivenciar a Dinâmica de Cuidados Paliativos. 2018. .

Bancas

Participação em bancas de comissões julgadoras

Avaliação de cursos

1. **BRAGA, C. A. O. H.** Congresso Interligas de Ciência e Saúde. 2020. Universidade Federal de Jataí.

Educação e Popularização de C & T

Apresentações de Trabalho

1. **BRAGA, C. A. O. H.** Curso de Capacitação sobre Gigantes da Geriatria. 2011. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 13/06/2022 às 8:53:23

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:58

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089048065\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089048065)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

903.933.091-34

Nome

CRISTHIANO AUGUSTO DE OLIVEIRA HOLANDA BRAGA

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S001078

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

0995

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

MEDICO A

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

225125 - Médico clínico ▾

Nome da função

GERENTE DE ATENDIMENTO CLINICO

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

131210 - Gerente de serviços de saúde ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

11.480,67

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

0996

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO QUI - HORA EM

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

09/05/2013

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

0997

08 - Agosto ▾

02.879.260/0001-04

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020211026151:

Número do recibo

1.1.0000000116551

Processo de emissão do evento

1 - Aplicativo do empregador

Versão do Processo

12.1.31.24

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1



ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04, atesta para os devidos fins que o Sr. EDUARDO MARTINS CARNEIRO, inscrito(a) no CPF sob o nº 873.570.201-00, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Supervisionar as ações e os resultados da equipe, realizando a análise de indicadores, visitas nas áreas, reuniões e aplicação de ferramentas de gestão para garantir um alinhamento entre o desempenho da equipe e o planejamento estratégico institucional, diariamente.
- Oferecer suporte aos membros de sua equipe, realizando o acolhimento, escuta e mediação de conflitos, com a finalidade de garantir um clima organizacional propício às atividades propostas, sempre que necessário.
- Supervisionar e apoiar a gestão dos contratos vinculados à sua área, em consonância com a Gerência Multiprofissional, analisando os indicadores, visitas nas áreas e reuniões com os gestores do contrato com o propósito de favorecer um adequado desempenho da equipe, diariamente.

Atividades desempenhadas no período de 01/08/2014 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 13 de junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: EDUARDO MARTINS CARNEIRO

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsaude.org.br

Status: Finalizado

HASH: 89-B0-D4-7D-38-1D-40-17-5E-35-C8-99-85-00-59-DA-A2-E5-8A-1E

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsaude.org.br - **Data:** 13/06/2022 19:20:55

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981481, -49.2237445

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=89-B0-D4-7D-38-1D-40-17-5E-35-C8-99-85-00-59-DA-A2-E5-8A-1E>.

Código HASH: 89-B0-D4-7D-38-1D-40-17-5E-35-C8-99-85-00-59-DA-A2-E5-8A-1E



**Eduardo Martins Carneiro**Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8981759992194564>

Última atualização do currículo em 13/06/2022

Resumo informado pelo autor

Atualmente é Supervisor Multiprofissional da Internação e UTI do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo (Equipe gerenciada: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Serviço Social, Terapeuta Ocupacional e Musicoterapeuta). Trabalha há 18 anos no CRER – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo sob gestão da Organização Social em Saúde AGIR – Associação de Gestão Inovação e Resultados, desse período 11 anos como fisioterapeuta assistencial do ambulatório e internação e 7 anos como Gestor Multiprofissional nos Serviços Ambulatoriais, Internação e UTI, atuando no gerenciamento de processos e recursos humanos, Gestão de Projetos na Humanização e Qualidade no atendimento ao paciente, gerenciamento de indicadores (efetividade de tratamento, tempo de atendimento/alta hospitalar, fila de espera, transferências para unidades críticas, taxa de ocupação de leitos, entre outros), elaboração de protocolos de segurança e assistencial, treinamento de equipe e pesquisas de satisfação do cliente. Elaborou, implementou e gerencia o Projeto Terapêutico Singular (promove assistência assertiva, mitiga agravos e reduz o tempo de tratamento) dos pacientes em atendimento e o Projeto de Capacitação de Cuidadores e Pacientes (manejo de traqueostomia, manejo de sonda, exercícios dirigidos e atividades de vida diária, para reduzir tempo de tratamento, agravos e reinterações). Atuou como presidente da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes- CRER, Membro da Comissão de Análise de Óbito- CRER, vice presidente da Comissão de Ensino e Pesquisa – CRER e membro da Comissão Organizadora da Jornada Científica do CRER, Membro da Comissão de Cuidados Paliativos, Membro da Comissão de Análise de Prontuário e Supervisor de Estágio Extracurricular- CRER. Atualmente é Professor de Graduação do Curso de Gestão Hospitalar da Faculdade CEAFI e Professor de Pós-Graduação do CEAFI - Centro de Estudos Avançados em Fisioterapia. Graduado em Fisioterapia pela UEG-GO (2003), Especialista em Fisioterapia Neurológica – PUC (2005) e MBA em Administração e Acreditação Hospitalar UNI- Anhanguera (2018). Participou de eventos científicos como coordenador, palestrante e Membro de banca examinadora de trabalhos acadêmicos.

(Texto informado pelo autor)

Nome civil

Nome: Eduardo Martins Carneiro

Dados pessoais

Nome em citações bibliográficas: CARNEIRO, E. M.

Sexo: Masculino

Cor ou Raça: Branca

Filiação: Batuíra Eurípedes Rodrigues Carneiro e Deuzelina Martins Carneiro

Nascimento: 09/04/1980 - Goiânia/GO - Brasil

Carteira de Identidade: 3696634 DGPC GO - GO - 19/07/2002

CPF: 873.570.201-00

Endereço residencial: Avenida Piratininga, n 687, ap 803
Parque Amazônia - Goiânia
74835160, GO - Brasil
Telefone: 062 84151555Endereço profissional: Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
Av. Vereador José Monteiro nº 1665
Setor Negrão de Lima - Goiânia
74650300, GO - Brasil
Telefone: 062 32323022Endereço eletrônico: E-mail para contato : eduardocarneirofisio@gmail.com
E-mail alternativo eduardocarneiro.crer@gmail.com

Formação acadêmica/titulação

- 2020 - 2022 Especialização em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva.
Centro de Estudos Avançados em Fisioterapia, CEAFI, Brasil
Título: A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) como marcador mensurável no estabelecimento do Plano Terapêutico Singular da Fisioterapia na UTI
Orientador: Giuliano Gardenghi
- 2015 - 2017 Especialização em MBA Administração e Acreditação Hospitalar.
Uni-Anhanguera, UNI-ANPEX, Goiania, Brasil
Título: As vantagens do planejamento estratégico e o processo de humanização nas organizações sociais em saúde
Orientador: Juliana Alexandra P. de Carvalho Barco
- 2004 - 2005 Especialização em Fisioterapia Neurológica.
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Goiania, Brasil
Título: Análise da independência da marcha em pacientes com

sequela de AVE
Orientador: Valdimar de Araújo Santana

- 1997 - 2002 Graduação em Fisioterapia.
Universidade Estadual de Goiás/ ESEFFEGO,
UEG/ESEFFEGO, Brasil
Título: Análise de marcha em paciente diplégico espástico após
aplicação de TBA em músculos gastrocnêmios
Orientador: João Alirio Teixeira Júnior
- 2007 - 2007 Aperfeiçoamento em Level 3A.
Internacional PNF Association, IPNFA, Brasil
Título: PNF nível 3
Orientador: Dominiek Beckers
- 2006 - 2006 Aperfeiçoamento em PNF- Proprioceptive Neuromuscular
Facilitation.
Equilíbrio- Centro de Estudos e Tratamento em Neurologia,
ECETN, Brasil
Título: PNF
Orientador: Monica Cilento
- 2005 - 2005 Aperfeiçoamento em Avaliação e tratamento do paciente
hemiplégico- Co.
Centro de Estudos WI Mônica Muller, CEMM, Brasil, Ano de
obtenção: 2005

Formação complementar

- 2022 Curso de curta duração em Avaliador da ONA.
Organização Nacional de Acreditação - Associação, ONA,
Brasília, Brasil
- 2021 Curso de curta duração em Lean Six Sigma - Black Belt.
FM2S Educação e Consultoria, FM2S, Brasil
- 2020 - 2021 Curso de curta duração em Lean Six Sigma - Green Belt. (Carga
horária: 60h).
FM2S Educação e Consultoria, FM2S, Brasil
- 2019 - 2019 Curso de curta duração em Excel Avançado. (Carga horária:
50h).
SENAI - Departamento Regional de Goiás, SENAI/DR/GO,
Goiânia, Brasil
- 2019 - 2019 Curso de curta duração em Gestão e Liderança de Equipes.
(Carga horária: 30h).
Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - GO,
SENAC/GO, Goiânia, Brasil
- 2018 - 2018 Curso de curta duração em Introdução à Gestão de Custos
Hospitalares. (Carga horária: 4h).
Planejamento e Organização de Instituições de Saúde S/C Ltda.,
PLANISA, Sao Paulo, Brasil
- 2018 - 2018 Curso de curta duração em Gerenciamento de Processos.
(Carga horária: 40h).
Keyassociados Soluções Sustentáveis, KEYASSOCIADOS,
Brasil
- 2017 - 2017 Curso de curta duração em Planejamento Estratégico. (Carga
horária: 8h).
mb consultoria, MB, Brasil
- 2015 - 2015 Curso de curta duração em Fisioterapia Cardiorrespiratória.
(Carga horária: 20h).
Associação Brasil. Fisiot. Cardiorrespiratória e Fisiot. Terap.
Intensiva, ASSOBRAFIR, Sao Paulo, Brasil
- 2015 - 2015 Curso de curta duração em Liderança Produtiva by Coaching.
(Carga horária: 8h).
Instituto R. Berredo, R. BERREDO, Brasil
- 2014 - 2014 Curso de curta duração em Knesio taping fundamentos e
avançado. (Carga horária: 16h).
Knesio Association, KNESIO, Brasil
- 2010 - 2010 Curso de curta duração em Atualização Teórico e Prática em
Ventilação Mecânica Invasiva e Não Invasiv. (Carga horária:
50h).
Centro de Desenvolvimento Científico em Saúde, CDCS, Brasil

Atuação profissional

1. Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER

Vínculo Institucional

- 2003 - Atual Vínculo: Empregatício, Enquadramento funcional: Gestor
Hospitalar - Analista em Saúde, Carga horária: 40. Regime:
Integral
Outras informações:
Atuou de julho de 2003 até julho de 2014 como fisioterapeuta
assistencial no setor ambulatorial e internação. Desde julho de
2014 até o momento atua como Gestor Hospitalar - Analista em
Saúde

Atividades

09/2006 - Atual Outra atividade técnico-científica, Centro de Reabilitação e Readaptação

Especificação:
Membro do Comitê de Ética e Pesquisa do CRER

07/2004 - Atual Graduação, Fisioterapia

Disciplinas ministradas:
supervisor de estágio extra curricular

07/2004 - Atual Pesquisa e Desenvolvimento

Linhas de pesquisa:
Supervisor de desenvolvimento de pesquisa dos estagiários extra curricular

2. Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC GOIÁS**Vínculo institucional**

2006 - 2010 Vínculo: Ensino , Enquadramento funcional: Professor Convitado , Carga horária: 15, Regime: Parcial
Outras informações:
Supervisor de estágio na Vila São José Bento Cottolengo e supervisor de estágio do CRER.

Atividades

02/2006 - 12/2007 Graduação, Fisioterapia

Disciplinas ministradas:
Prática Assistida em Neurologia

3. Organização Jaime Câmara - OJC**Vínculo institucional**

2004 - 2006 Vínculo: Coordenação de fisioterapia , Enquadramento funcional: Fisioterapeuta da Caminhada Ecológica, Regime: Parcial
Outras informações:
Essa caminhada ocorre todo mês de julho entre as cidades de Goiânia e Aruanã; Participando da XIII, XIV e XV Caminhada Ecológica

Atividades

07/2004 - 07/2006 Direção e Administração, Caminhada Ecológica

Cargos ocupados:
Coordenador de Fisioterapia

4. ASSOCIAÇÃO DOS PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE**Vínculo institucional**

2001 - 2001 Vínculo: ESTÁGIO , Enquadramento funcional: ESTAGIÁRIO EM FISIOTERAPIA , Carga horária: 12, Regime: Parcial
Outras informações:
CARGA HORÁRIA TOTAL:194HS

Atividades

08/2001 - 12/2001 Estágio

Estágio:
FISIOTERAPIA

5. Instituto de Medicina Física e Reabilitação - IMFR**Vínculo institucional**

2002 - 2003 Vínculo: EMPREGATÍCIO , Enquadramento funcional: FISIOTERAPEUTA , Carga horária: 30, Regime: Parcial

2001 - 2002 Vínculo: Estagiário , Enquadramento funcional: Estagiário em fisioterapia , Carga horária: 25, Regime: Parcial
Outras informações:
Carga horária total de 1896 hs/estágio, devido dedicação integral durante férias universitárias

Atividades

12/2002 - 05/2003 Serviço Técnico Especializado

Especificação:
FISIOTERAPIA

6. Centro de Estudos Avançados em Fisioterapia - CEAFI

**Vínculo
institucional**

2020 - Atual Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Professor , Carga horária: 10, Regime: Parcial

2019 - Atual Vínculo: Professor Visitante , Enquadramento funcional: Professor de Módulo em Pós Graduação , Carga horária: 20, Regime: Parcial
Outras informações:
Professor de pós graduação - módulo acontece periodicamente - média de 1x/semestre

7. Universidade do Estado de Goiás - UEG**Vínculo
institucional**

2020 - 2021 Vínculo: Professor Visitante , Enquadramento funcional: Professor curso de Fisioterapia , Carga horária: 22, Regime: Parcial

8. UNIMED GO - UNIMED**Vínculo
institucional**

2010 - 2014 Vínculo: Celetista , Enquadramento funcional: Fisioterapeuta UniDomiciliar , Carga horária: 30, Regime: Parcial
Outras informações:
Fisioterapeuta do programa UniDomiciliar em pacientes com patologias crônicas e agudas por meio da desospitalização de pacientes críticos.

9. Centro de Desenvolvimento Científico em Saúde - CDCS**Vínculo
institucional**

2007 - 2014 Vínculo: Professor , Enquadramento funcional: Professor, Regime: Parcial
Outras informações:
Professor de módulos de pós graduação que ocorrem aos finais de semanas de forma periódica. 1x/semestre

Atividades

03/2008 - Atual Pós-graduação, Fisioterapia Neurológica

Disciplinas ministradas:
Tratamento de Reabilitação nas Lesões do SNC e SNP

10. Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP**Vínculo
institucional**

1997 - 1997 Vínculo: estagiário , Enquadramento funcional: Fisioterapeuta Estagiário Voluntário , Carga horária: 2, Regime: Parcial
Outras informações:
estagiário voluntário

Atividades

10/1997 - 11/1997 Estágio

Estágio:
Fisioterapeuta voluntário

Linhas de pesquisa

- Supervisor de desenvolvimento de pesquisa dos estagiários extra curricular

Projetos**Projetos de
pesquisa**

- Prognóstico dos pacientes vítimas de Traumatismo Raquí medulares Internados no CRER/
Integrantes: Eduardo Martins Carneiro (Responsável); ;

Membro de comitê de assessoramento

1. Associação de Gestão, Inovação e Resultados - AGIR**Vínculo**

- 2020 - 2022 Regime: Parcial
Outras informações:
Presidente da CIPA
- 2019 - Atual Regime: Parcial
- 2019 - 2020 Regime: Parcial
- 2016 - 2019 Regime: Parcial
- 2014 - 2021 Regime: Parcial
Outras informações:
Vice-presidente da Comissão de Ensino, Pesquisa e
Treinamento

Áreas de atuação

1. Fisioterapia e Terapia Ocupacional
2. Gestão Hospitalar

Prêmios e títulos

- 2020 Diploma de Honra ao Mérito - Reconhecimento aos Relevantes Serviços Prestados a Saúde do Município de Goiânia, Câmara Municipal de Goiânia
- 2016 Diploma de Honra ao Mérito - Reconhecimento aos Relevantes Serviços Prestados a Saúde do Município de Goiânia, Câmara Municipal de Goiânia

Produção

Produção bibliográfica

Apresentação de trabalho e palestra

1. **CARNEIRO, E. M.**
Análise do funcionamento do projeto terapêutico singular como ferramenta de gestão da qualidade na assistência, 2019. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: Uniced; Cidade: Goiânia; Evento: I Simpósio Goiano de Qualidade e Acreditação Hospitalar; Inst.promotora/financiadora: CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem
2. **CARNEIRO, E. M.**
Análise do funcionamento do projeto terapêutico singular como ferramenta de gestão da qualidade na assistência da perspectiva dos colaboradores em um centro de reabilitação, 2019. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo; Cidade: Goiânia; Evento: XVII Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo
3. **CARNEIRO, E. M.**
Projeto Terapêutico Singular: Prescrição e Gerenciamento, 2018. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: PUC Goiás; Cidade: Goiânia; Evento: X Jornada de Produção Acadêmica e Científica da Fonoaudiologia; Inst.promotora/financiadora: PUC Goiás
4. **CARNEIRO, E. M.**
Jornada de Psicologia e Pedagogia: Psicologia, Educação e Inclusão, 2016. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: Faculdade ALFA; Cidade: Goiânia; Evento: Jornada de Psicologia e Pedagogia - Faculdades ALFA; Inst.promotora/financiadora: Faculdades ALFA
5. **CARNEIRO, E. M.**
Perfil dos Pacientes com Lesão Encefálica Adquirida internados no CRER no período de julho de 2009 a julho de 2010, 2011. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo; Cidade: Goiânia; Evento: IX Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo
6. **CARNEIRO, E. M.**
Perfil dos Pacientes com Lesão Medular internados no CRER no período de julho de 2009 a julho de 2010, 2011. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo; Cidade: Goiânia; Evento: IX Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo

7. **CARNEIRO, E. M.**
Perfil dos Pacientes com Síndrome Guillaun Barre internados no CRER no período de julho de 2009 a julho de 2010, 2011. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo; Cidade: Goiânia; Evento: IX Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo
8. **CARNEIRO, E. M.**
Perfil dos Pacientes com lesões neurológicas internados no CRER no período de julho de 2009 a julho de 2010, 2011. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo; Cidade: Goiânia; Evento: IX Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo
9. **CARNEIRO, E. M.**
Programas e Resultados da Reabilitação Neurofuncional no Setor de Internação do CRER, 2011. (Congresso, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: Centro de Convenções de Goiânia; Cidade: Goiânia; Evento: VII Congresso Goiano de Fisioterapia; Inst.promotora/financiadora: Núcleo GACI
10. **CARNEIRO, E. M.**
Síndrome Guillain Barre e evolução funcional - Um caso de recidiva, 2011. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo; Cidade: Goiânia; Evento: IX Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo
11. **CARNEIRO, E. M.**
Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Lesões Neurológicas Internados no CRER, 2010. (Seminário, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo; Cidade: Goiânia; Evento: VIII Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER- Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação DR Henrique Santillo
12. **CARNEIRO, E. M.**
Reabilitação e reintegração na lesão medular, 2010. (Congresso, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: Centro de Convenções de Goiânia; Cidade: Goiânia; Evento: VI Congresso Goiano de Fisioterapia; Inst.promotora/financiadora: Núcleo GACI
13. **CARNEIRO, E. M.**
Orientação aos Cuidadores de Pacientes Adultos com seqüela de AVC, 2009. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)
Áreas do conhecimento: Saúde Coletiva
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português; Local: PUC - GO; Cidade: Goiânia; Evento: Programa de curso de extensão PUC; Inst.promotora/financiadora: PUC - GO
14. ✪ **CARNEIRO, E. M.; CARMINATO, C.; LOPES, G. T. T.**
Proposta de intervenção terapêutica no Centro Medular, associando FES e PNF, 2007. (Congresso, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso. Home page: www.neurosong.org.br; Local: Castros Park Hotel; Cidade: Goiânia; Evento: 3 Congresso Goiano de Neurologia; Inst.promotora/financiadora: Sociedade de Neurologia de Goiás
15. ✪ **CARNEIRO, E. M.; FREITAS, E. B.; TELLES, J.; CHAVEIRO, A. C.**
Perfil Epidemiológico dos pacientes traumatizados raquimedulares internados no CRER, 2005. (Congresso, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
Apresentado em forma de banner ou painel. Em dois congressos um de regime nacional e outro regional. XI congresso da Sociedade Brasileira de Lesão Medular e o I congresso Goiano de Fisioterapia.; Local: CRER; Cidade: Goiânia; Evento: III Jornada Científica do CRER; Inst.promotora/financiadora: CRER
16. ✪ **CARNEIRO, E. M.; FREITAS, E. B.; TELLES, J.; CHAVEIRO, A. C.**
Perfil Epidemiológico dos pacientes TRM internados no CRER, 2005. (Congresso, Apresentação de Trabalho)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso; Local: Castros Park Hotel; Cidade: Goiânia; Evento: I Congresso Goiano de Fisioterapia; Inst.promotora/financiadora: CREFITO

Produção técnica

Demais produções técnicas

1. **CARNEIRO, E. M.**
Manejo Clínico - Febre Chikungunya. 2015. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional)
Áreas do conhecimento: Saúde Pública
Setores de atividade: Administração pública, defesa e seguridade social
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso

Orientações e Supervisões

Orientações e supervisões

Orientações e supervisões concluídas

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1. Eduardo Batista Freitas; Alíria Chaveiro. **Análise do prognóstico de marcha frente ao perfil dos pacientes vítimas de TRM, internados no CRER.** 2005. Curso (Fisioterapia) - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo
Palavras-chave: Gestão Hospitalar
Áreas do conhecimento: Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Setores de atividade: Saúde Humana, Neurociências
Referências adicionais: Brasil/Português.

Eventos

Eventos

Participação em eventos

1. **I Seminário sobre a empregabilidade da pessoa com deficiência,** 2019. (Seminário)
2. **I Simpósio Goiano de Qualidade e Acreditação Hospitalar,** 2019. (Simpósio)
3. **II Workshop de Gestão InterAGIR,** 2019. (Encontro)
4. **Mobilização Precoce e Desospitalização,** 2015. (Oficina)
5. **Workshop: Temas de Atualização em Paralisia Cerebral,** 2015. (Exposição)
6. **Aprendendo com Doenças Neuromusculares,** 2014. (Oficina)
7. **6º Treinamento da Educação Continuada - Tipos de Prevenção,** 2011. (Encontro)
8. **3º Simpósio Internacional de Reabilitação,** 2009. (Simpósio)
9. Conferencista no(a) **5ª Semana de Cultura e Cidadania da Católica,** 2009. (Oficina)
Oficina de Capacitação de Cuidadores de pacientes adultos com seqüela de AVC (Derrame).
10. **Curso de Metodologia "Elementos do Projeto",** 2009. (Oficina)
11. **Curso de Primeiros Socorros,** 2009. (Outra)
12. **Curso de Terapia de Contensão Induzida,** 2009. (Oficina)
13. Conferencista no(a) **Fisioterapia na Vila São Cottolengo,** 2009. (Encontro)
Orientações aos Cuidadores de Pacientes Adultos com Sequela de AVE.
14. Conferencista no(a) **IPNF General Meeting,** 2009. (Congresso)
Proposal of Therapeutic Intervention in a Central Cord Syndrome Patient with FES and PNF: A Case Study.
15. **IPNFA General Meeting,** 2009. (Congresso)

16. **Atualização em Fisioterapia Respiratória**, 2008. (Oficina)
17. **Atualização em Paralisia Cerebral e Mielomeningocele**, 2008. (Simpósio)
18. **Avaliação e Tratamento dos Pacientes Vítimas de Lesão Medular**, 2008. (Oficina)
19. **Oficina de Capacitação Docente**, 2008. (Oficina)
20. **Simposio Internacional de Reabilitação de Pacientes Portadores de Sequela de Mielomeningocele**, 2008. (Simpósio)
21. **VI Jornada Científica do CRER**, 2008. (Seminário)
22. **3 Congresso Goiano de Neurologia**, 2007. (Congresso)
23. **Eletromiografia de Superfície e Biofeedback**, 2007. (Oficina)
24. Conferencista no(a) **I Encontro de Fisioterapia Neurológica**, 2007. (Seminário)
Prognóstico Funcional e tratamento fisioterapêutico nos diferentes níveis do TRM.
25. Conferencista no(a) **II Encontro de Fisioterapia Neurológica**, 2007. (Seminário)
Abordagem Fisioterapêutica na Síndrome de Pusher.
26. Conferencista no(a) **Oficina de Capacitação de Discentes- ENADE- Fisioterapia Neurológica**, 2007. (Oficina)
Fisioterapia Neurológica.
27. **Oficinas do CRER**, 2007. (Oficina)
28. Conferencista no(a) **V Jornada Científica do CRER**, 2007. (Congresso)
Curso de Neuroplasticidade e Reabilitação.
29. **IV Jornada do CRER**, 2006. (Simpósio)
30. **Capacitação para uso da Medida de Independência Funcional-MIF**, 2005. (Seminário)
31. **III Jornada Científica do CRER**, 2005. (Congresso)
32. **III Jornada Científica do CRER**, 2005. (Congresso)
33. **1º Curso de Urgência nos Pacientes em Reabilitação**, 2004. (Outra)
34. **II Curso Capacitar para Cuidar**, 2004. (Outra)
35. **II Jornada Científica do CRER**, 2004. (Congresso)
36. **II Jornada Científica do CRER**, 2004. (Congresso)
37. **Tratamento de Pacientes Amputados- Níveis de Amputação e Soluções Protéticas**, 2004. (Simpósio)
38. Conferencista no(a) **I Curso Capacitar para Cuidar**, 2003. (Outra)
I Curso Capacitar para Cuidar.
39. Conferencista no(a) **I Curso Capacitar para Cuidar**, 2003. (Oficina)
Orientações Fisioterapêuticas.
40. **I ENFISIO**, 2003. (Encontro)
41. **I Jornada Científica do CRER**, 2003. (Congresso)
42. **I Jornada de Reabilitação ao portador de Deficiência**, 2003. (Outra)
43. **1º SIMPOFISIO - Simpósio de Fisioterapia**, 2001. (Simpósio)
44. **I Encontro Científico Cultural da ESEFFEGO**, 2001. (Encontro)
45. **IV Jornada Goiana de Fisioterapia**, 2001. (Outra)

46. **2º Curso de Hidroterapia em Neuropediatria**, 2000. (Outra)
47. **I Encontro Científico dos Acadêmicos de Fisioterapia**, 1999. (Encontro)
48. **XIV Congresso Brasileiro de Fisioterapia**, 1999. (Congresso)
49. **2º Ciclo de Palestras da UNAERP**, 1998. (Outra)
50. **II Seminário Sobre AIDS da UNAERP**, 1998. (Seminário)
51. **XI Jornada de Fisioterapia da Universidade de Ribeirão Preto**, 1998. (Outra)

Organização de evento

1. **CARNEIRO, E. M.**
XVII Jornada Científica do CRER, 2019. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português.
2. **CARNEIRO, E. M.**
XVI Jornada Científica do CRER, 2018. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português.
3. **CARNEIRO, E. M.**
XV Jornada Científica do CRER, 2017. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português.
4. **CARNEIRO, E. M.**
XIV Jornada Científica do CRER, 2016. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português.
5. **CARNEIRO, E. M.**
XIII Jornada Científica do CRER, 2015. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital
6. **CARNEIRO, E. M.**
XI Congresso da SOBRALEM, 2005. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários
7. **CARNEIRO, E. M.**
II Curso Capacitar Para Cuidar, 2004. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
8. **CARNEIRO, E. M.**
XV Congresso da Associação Brasileira de Paralisia Cerebral, 2004. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português.
9. **CARNEIRO, E. M.**
I Curso Capacitar para Cuidar, 2003. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português.
10. **CARNEIRO, E. M.**
I SIMPOFISIO, 2001. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
11. **CARNEIRO, E. M.**
IV Jornada Goiana de Fisioterapia, 2001. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
12. **CARNEIRO, E. M.**
XI Jornada de Fisioterapia da Universidade de Ribeirão Preto, 1998. (Congresso, Organização de evento)
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Vários

Bancas

Bancas

Participação em banca de trabalhos de conclusão

Curso de aperfeiçoamento/especialização

1. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Irene José dos Santos. **Construção do Projeto Terapêutico Singular em um Centro Especializado em Reabilitação Funcional**, 2018

Referências adicionais: Brasil/Português.

2. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Luiza Rodrigues Cavalcanti. **Perfil Funcional nas Sequelas de Lesão Medular nas diferentes etiologias de pacientes atendidos em um Centro de Reabilitação**, 2018

Referências adicionais: Brasil/Português.

Graduação

1. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Jenifer Soares da Silva e Nayani Damascena Souza. **Síndrome de Down: diagnóstico e nível de esclarecimentos das mães**, 2009
(Fisioterapia) Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Áreas do conhecimento: Saúde Materno-Infantil
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português.
2. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Aline Oliveira de Mendonça e Lorena Marques Oliveira. **Análise da Qualidade de Vida de crianças com paralisia cerebral**, 2008
(Fisioterapia) Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais: Brasil/Português.
3. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Daniele Marques e Héliida Campos. **Avaliação da qualidade vida dos cuidadores dos paciente pós-AVE em tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola Vida da UCG**, 2008
(Fisioterapia) Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais: Brasil/Português.
4. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Lucas Rezende e Luana Santos. **Correlação entre a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer e capacidade funcional dos pacientes**, 2008
(Fisioterapia) Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais: Brasil/Português.
5. **BARROS, R. M.; MORAIS, F. G.; CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Fernanda Morais e Roberta Barros. **Inclusão Escolar de crianças com mielomeningocele: uma perspectiva sob a ótica dos pais.**, 2008
(Fisioterapia) Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais: Estados Unidos/Albanês.
6. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Michelle Nascente Belém Godoy e Giselle Silva de Oliveira. **Alterações sensoriais no desenvolvimento motor em pacientes com deficiência visual: uma revisão**, 2007
(Fisioterapia) Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais: Brasil/Português.
7. **CARNEIRO, E. M.**
Participação em banca de Liliane Alves Souza e Graciele Rodrigues Almeida Gomes. **Treino de marcha com esteira elétrica com suporte parcial de peso em pacientes hemiparéticos por sequela de acidente vascular encefálico**, 2007
(Fisioterapia) Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Referências adicionais: Brasil/Português.

Totais de produção

Produção bibliográfica	
Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra)	2
Apresentações de trabalhos (Congresso)	5
Apresentações de trabalhos (Seminário)	9
Produção técnica	
Desenvolvimento de material didático ou instrucional	1
Orientações	
Orientação concluída (trabalho de conclusão de curso de graduação)	1
Eventos	
Participações em eventos (congresso)	10
Participações em eventos (seminário)	6
Participações em eventos (simpósio)	7
Participações em eventos (oficina)	12

Participações em eventos (encontro)	6
Participações em eventos (outra)	9
Organização de evento (congresso)	12
Participação em banca de trabalhos de conclusão (curso de aperfeiçoamento/especialização)	2
Participação em banca de trabalhos de conclusão (graduação)	7

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 14/06/2022 às 11:56:35.

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:58

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4088874886\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4088874886)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

873.570.201-00

Nome

EDUARDO MARTINS CARNEIRO

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S000134

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

1012

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

FISIOTERAPEUTA

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

223605 - Fisioterapeuta geral ▾

Nome da função

SUPERVISOR A DE REABILITACAO MULTIPROFISSIONAL

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

131210 - Gerente de serviços de saúde ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

7.308,51

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

1013

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO TER - HORA E

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

08/07/2003

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

06 - Junho ▾

08.328.723/0001-26

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020211209160:

Número do recibo

1.1.0000000126518

Processo de emissão do evento

1 - Aplicativo do empregador

Versão do Processo

12.1.31.24

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1



Lélia de Fátima Bruno Sena

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4556775497072282>
ID Lattes: **4556775497072282**
Última atualização do currículo em 13/06/2022

Atualmente Gerente de Enfermagem do Hospital de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira HUGOL (**Texto informado pelo autor**)

Identificação

Nome	Lélia de Fátima Bruno Sena
Nome em citações bibliográficas	BRUNO, L. F.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/4556775497072282

Endereço

Endereço Profissional	Hospital de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage. Avenida Anhanguera - de 14710 a 15734 - lado par Setor Santos Dumont 74463350 - Goiânia, GO - Brasil Telefone: (62) 32706740
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2020 - 2022	Mestrado em Atenção à Saúde (Conceito CAPES 3). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil. Título: Enfrentamento da Pandemia COVID-19: perspectivas de enfermeiros da unidade de terapia intensiva e gestores de um hospital de campanha, Ano de Obtenção: 2022. Orientador: Vanessa da Silva Carvalho Vila. Grande área: Ciências da Saúde
2017 - 2017	Especialização em Gestão da Qualidade em Saúde. (Carga Horária: 420h). Faculdade de Ciências da Saúde Albert Einstein, FAE, Brasil. Título: Consequências de um ciclo de melhorias da qualidade aplicada à estruturação de ações de redução de PAV em UTI. Orientador: Olga Guilherme Dias Farah.
2012 - 2013	Especialização em MBA Gestão Hospitalar. (Carga Horária: 480h). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil. Título: O Papel do Enfermeiro no Processo de Acreditação Hospitalar. Orientador: Xistus.
2001 - 2012	Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. (Carga Horária: 480h). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil. Título: Adesão entre os enfermeiros na realização de sorologia anti-HBc-Igm. Orientador: Marislei Brasileiro.
1999 - 2004	Graduação em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil.

Formação Complementar

2019 - 2021	Liderança Integral: Habilidades para o Alto Desempenho nas Organizações. (Carga horária: 120h). Instituto de Pós-Graduação e Graduação, IPOG, Brasil.
2018 - 2018	Avaliador Interno. (Carga horária: 8h). Hospital de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage, HUGOL, Brasil.
2017 - 2017	In company Interpretação e Auditoria Interna da NBR ISO 9001:2015. (Carga horária: 24h). FIEG IEL, FIEG IEL, Brasil.
2014 - 2014	Utilização da Medida de Independência Funcional - MIF. (Carga horária: 16h). Techno Care, CARE, Brasil.
2014 - 2014	Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências. (Carga horária: 17h). Hospital do Coração HCor, HCor, Brasil.
2011 - 2011	Cuidados em Ostomias. (Carga horária: 4h). Associação dos Ostomizados e Goiás, AOG, Brasil.
2011 - 2011	Formação de Avaliadores para Sistema de Gestão em Organizações de Saúde. (Carga horária: 16h). IQG Health Services Accreditation, IQG, Brasil.
2008 - 2008	II Curso de Ventilação Mecânica Teórico-Prático. (Carga horária: 6h). Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil.

Atuação Profissional

Pontifícia Universidade Católica de Goiás, PUC GOIÁS, Brasil.

Vínculo institucional

2020 - Atual Vínculo: , Enquadramento Funcional:

Centro de Reabilitação e Readaptação Henrique Santillo, CRER, Brasil.

Vínculo institucional

2012 - Atual

Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Supervisora de Enfermagem em UTI, Carga horária: 40
Faço parte do quadro de colaboradores da AGIR desde abril de 2012, onde no mês de setembro de 2013 fui convidada para assumir a Supervisão de Enfermagem das UTI da Unidade HUGOL Hospital de Urgências da Região noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira. Atualmente, desde 01 de julho de 2019 assumi a Gerencia de Enfermagem do HUGOL.

Hospital de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage, HUGOL, Brasil.

Vínculo institucional

2015 - Atual

Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Gerente de Enfermagem, Carga horária: 40
O vínculo empregatício continua o mesmo, pois a empresa AGIR faz a gestão das duas Unidades, onde fui remanejada de uma unidade para outra. Estou na Gerencia de Enfermagem desde de 01 de julho de 2019.

Vínculo institucional

2004 - 2010

Outras informações

Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Supervisora de Enfermagem, Carga horária: 40
Atuei como supervisora de Enfermagem em UTI Adulto.

Projetos de pesquisa

2020 - 2022

Enfrentamento da Pandemia COVID-19: perspectivas de enfermeiros da unidade de terapia intensiva e gestores de um hospital de campanha

Descrição: Compreender a vivência dos enfermeiros da unidade de terapia intensiva e gestores de um hospital de campanha para o enfrentamento da pandemia COVID-19..

Situação: Concluído; Natureza: Pesquisa.

Alunos envolvidos: Mestrado acadêmico: (1) .

Integrantes: Lélia de Fátima Bruno Sena - Coordenador / Vanessa da Silva Carvalho Vila - Integrante.

Produções

Produção bibliográfica

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. II Wokshop de Gestão. 2019. (Outra).
2. Sessão de Aprendizagem Presencial Projeto de Segurança do Paciente. 2019. (Outra).
3. V Congresso de Ciências e Tecnologia da PUC Goiás. Envolvimento do paciente no cuidado-relato de experiência. 2019. (Congresso).
4. 1ª Jornada científica HUGOL.Assistência Segura. 2018. (Outra).
5. Formação de Avaliadores Internos.Formação de Avaliadores internos. 2018. (Outra).
6. III Jornada Científica HUGOL.Ultrassom Point of Care em Emergência Pediátrica. 2018. (Outra).
7. III Jornada Científica HUGOL.Atualidades no Manejo da dor no Cuidado a Criança Hospitalizada. 2018. (Outra).
8. 1ª Jornada científica HUGOL.Participação na organização do evento. 2016. (Outra).
9. 1ª Jornada científica HUGOL.Abordagem Multidisciplinar em Terapia Intensiva. 2016. (Outra).
10. I Simpósio Internacional de Qualidade e Segurança do Paciente. 2016. (Simpósio).
11. 2ª Jornada Goiana do Paciente Seguro. 2014. (Outra).
12. VI Simpósio Internacional de Tratamento Avançado de Feridas. 2013. (Simpósio).
13. Conferência Regional de Segurança do Paciente. 2011. (Outra).
14. 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 2010. (Congresso).
15. Simpósio sobre Microbiologia. 2008. (Simpósio).
16. Profissional de Sucesso. 2004. (Outra).

Outras informações relevantes

Atuante como Líder do Projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, projeto este voltado para a prevenção de infecção nas UTIs adulto e a humanização com a proposta do cuidado centrado na pessoa, coordenado pelo PROADI SUS. Projeto teve início em Dezembro de 2017 e tem previsão de término em Dezembro de 2020. Projeto aplicado no HUGOL. Atuante na Implantação do Projeto Lean nas Emergências, projeto este coordenado pelo PROADI SUS. Projeto aplicado no HUGOL.

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0003-68, atesta para os devidos fins que a Sra. LELIA DE FATIMA BRUNO SENA, inscrito(a) no CPF sob o nº 854.511.771-04, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Gerenciar a equipe de enfermagem, aplicando ferramentas de gestão, a fim de garantir as entregas do serviço, diariamente.
- Gerenciar os serviços de enfermagem, monitorando o processo de trabalho, a fim de cumprir com as normas técnicas, administrativas e legais voltadas ao exercício da profissão, diariamente.
- Gerenciar e avaliar a necessidade de aquisição de materiais, insumos e equipamentos, assim como a prestação de serviços relacionados a assistência de enfermagem, aplicando ferramentas metodológicas, a fim de garantir a continuidade do serviço prestado, regularmente.
- Gerenciar o planejamento de projetos de melhoria, implementando as ações voltadas para a promoção da assistência de enfermagem de qualidade e segura aos usuários do SUS, com aplicação de metodologias de gestão, para colaborar com a qualidade da assistência prestada ao paciente, regularmente.
- Planejar as contratações de serviços, viabilizando recursos e processos e apropriando-se das informações de custo da unidade para propor estratégias de otimização e diminuição de desperdício, sempre que necessário.

Atividades desempenhadas no período de 01/07/2016 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 10 de junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0003-68

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA - LELIA DE FATIMA BRUNO SENA

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsau.de.org.br

Status: Finalizado

HASH: 66-88-44-1F-B3-2C-F4-3F-22-14-F1-7E-54-F4-F6-D4-C1-B0-7B-B3

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsau.de.org.br - **Data:** 10/06/2022 12:22:40

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981724, -49.2237376

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=66-88-44-1F-B3-2C-F4-3F-22-14-F1-7E-54-F4-F6-D4-C1-B0-7B-B3>

Código HASH: 66-88-44-1F-B3-2C-F4-3F-22-14-F1-7E-54-F4-F6-D4-C1-B0-7B-B3



Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:59

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089001151\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089001151)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

854.511.771-04

Nome

LELIA DE FATIMA BRUNO SENA

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S000896

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

ENFERMEIRO A

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

223505 - Enfermeiro ▾

Nome da função

GERENTE DE ENFERMAGEM

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

131210 - Gerente de serviços de saúde ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

 Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

7.144,79

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO QUI - HORA EM

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

16/04/2012

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

08 - Agosto ▾

00.799.189/0001-24

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020220120111

Número do recibo

1.1.0000000131950

Processo de emissão do evento

1 - Aplicativo do empregador

Versão do Processo

12.1.31.24

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0003-68, atesta para os devidos fins que o Sr. WASHINGTON BERNARDES DOS SANTOS, inscrito(a) no CPF sob o nº 989.168.581-00, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Planejar e coordenar os recursos pautando no orçamento e diretrizes da AGIR, para garantir a execução das atividades, e a prestação de contas, sempre que houver demanda.
- Organizar e acompanhar os documentos legais, garantindo o cumprimento dos prazos para o funcionamento, perante os órgãos de fiscalização de acordo com a demanda
- Garantir o cumprimento dos prazos legais perante aos órgãos de fiscalização, acompanhando os prazos para obter isenções fiscais e cumprimento da legalidade, sempre que necessário.
- Controlar a entrada e saída de bens patrimoniais, utilizando a ferramenta tecnológica disponível para a gestão patrimonial, documentos da qualidade e planilhas de acompanhamento, para garantir o devido registro do fato e a mitigação de perdas, sempre que necessário.

Atividades desempenhadas no período de 01/06/2015 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 10 de junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0003-68

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA - WASHINGTON BERNARDES

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsau.de.org.br

Status: Finalizado

HASH: 87-1F-FF-7E-46-FE-C7-E2-E8-E1-01-27-26-97-13-17-7F-8A-4F-14

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsau.de.org.br - **Data:** 10/06/2022 12:23:45

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981724, -49.2237376

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=87-1F-FF-7E-46-FE-C7-E2-E8-E1-01-27-26-97-13-17-7F-8A-4F-14>.

Código HASH: 87-1F-FF-7E-46-FE-C7-E2-E8-E1-01-27-26-97-13-17-7F-8A-4F-14



CURRICULUM VITAE

WASHINGTON BERNARDES DOS SANTOS

39 anos, casado, natural de Goiânia-GO.

Telefones: (62) 99455-1075 / 3270-6309 e-mail: washington.bernardes@hugol.org.br

OBJETIVOS: Logística, Suprimentos, Administrativo.

RESUMO

Profissional com vasta experiência nas Áreas de planejamento, prestação de contas, logística e suprimentos, desenvolvendo e atuando em projetos de implementação e melhorias em processos de organizações de médio e grande porte. Atuação em todas as rotinas Logísticas. Implementação do planejamento estratégico em organização de grande porte, bem como monitoramento de resultados e prestações de contas. Vivência no gerenciamento de custos, operações de centros de distribuições. Implementação e gerenciamento de indicadores de performance e de processos, com vasta experiência em gestão de grandes equipes.

FORMAÇÃO

- **GRADUAÇÃO**– Administração em Hotelaria – CEFET – 2001 à 2004.
- **GRADUAÇÃO**– Administração de Empresas – UNIDERP – 2017 à 2020
- **PÓS – GRADUAÇÃO:** Administração Hospitalar – IBBED SP – 03/2005 a 07/2006.
- **PÓS – GRADUAÇÃO:** MBA em Logística Empresarial – Centro Universitário Uni-Anhanguera – 05/2011 a 10/2012.
- **FORMAÇÃO:** Lean Six Sigma Black Belt – FM2S Treinamentos – 120horas;

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

EMPRESA: Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR – Fone: 3270-6300

FUNÇÃO: GERENTE DE OPERAÇÕES – Per. 12/2014 à atual.

ATIVIDADES: Responsável pelo gerenciamento e manutenção das rotinas da área de estoque, hotelaria, farmácia e infraestrutura da unidade hospitalar, com ênfase no planejamento, controle e execução, melhorias de processos e indicadores de resultados. Ampla experiência no controle das movimentações de estoques e armazenagem em geral, garantindo a continuidade da assistência integrada ao usuário. Elaboração de planejamento anual de consumo e compras de materiais. Responsável por implantação de novos serviços e introdução das metodologias Lean Six Sigma (Processos Enxutos).

EMPRESA: Profarma Distribuidora de Produtos Farmacêuticos S.A – Fone: 62 4008 2700

FUNÇÃO: SUPERVISOR DE LOGÍSTICA – Per. 09/2012 à 12/2014.

ATIVIDADES: Responsável pela operação logística dos CD's de Goiás e Distrito Federal, atuando como gestor de transporte, movimentação, armazenagem e controle do processo de produção. Definição de metas e procedimentos para movimentação de estoques visando à redução dos custos operacionais. Suporte a área comercial visando os cumprimentos dos prazos acordados.;

EMPRESA: Transportadora Lagoinha – Translag Transporte e Logística Ltda.– Fone: 3611-6333

FUNÇÃO: COORDENADOR DE SUPRIMENTOS– Per. 08/2010 à 09/2012

ATIVIDADES: Responsável pelo planejamento e coordenação da área de suprimentos do grupo, realizando aquisições corporativas. Responsável pela seleção, análise e avaliação de fornecedores. Implementação de rotinas de aquisições, aplicação de indicadores de desempenho. Responsável pela análise de propostas e emissão de recomendações para compras. Responsável pela melhoria do controle de processos e informações de estoque, supervisão de toda cadeia de suprimentos, com adequação de rotinas de aquisições, estocagem, endereçamento, implementação de curva ABC, desenvolvimento de programas de redução de custos, gerenciamento de equipes.

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:59

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089414979\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4089414979)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

989.168.581-00

Nome

WASHINGTON BERNARDES DOS SANTOS

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S001383

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

ANALISTA ADMINISTRATIVO II

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

411010 - Assistente administrativo ▾

Nome da função

GERENTE DE OPERACOES

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

142105 - Gerente administrativo ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

6.991,22

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO SEG - HORA E

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

11/12/2014

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

08 - Agosto ▾

26.619.254/0001-86

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020220613104'

Número do recibo

1.1.0000000150157

Processo de emissão do evento

3 - Aplicativo governamental - Web Geral

Versão do Processo

1.0

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1



ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04, atesta para os devidos fins que o Sr. BRAULIO ALVES DA COSTA BARBOSA, inscrito(a) no CPF sob o nº 775.736.331-49, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Elaborar estudos econômicos, através de padrões estabelecidos pela coordenação com as unidades, visando promover a avaliação da incorporação de tecnologias em saúde e necessidades para investimento e custeio, promovendo melhoria contínua de acordo com a missão da Agir, quando necessário.
- Planejar ações e serviços de saúde, qualidade e suas certificações;
- Controlar e monitorar os processos de prestações de contas, auditorias internas e externas, convênios, transparência, orçamento e custos na AGIR e Unidades;
- Disponibilizar documentos e estudos técnicos ou levantamentos, para o pleno desenvolvimento institucional, sempre que necessário.

Atividades desempenhadas no período de 01/03/2012 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 13 de Junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0001-04

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: BRAULIO ALVES DA COSTA BARBOSA

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsaude.org.br

Status: Finalizado

HASH: 3F-53-A6-51-01-11-68-0C-21-08-B5-C6-21-AC-FF-24-E5-4C-5B-04

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsaude.org.br - **Data:** 13/06/2022 19:11:16

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981481, -49.2237445

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=3F-53-A6-51-01-11-68-0C-21-08-B5-C6-21-AC-FF-24-E5-4C-5B-04>.

Código HASH: 3F-53-A6-51-01-11-68-0C-21-08-B5-C6-21-AC-FF-24-E5-4C-5B-04



CURRÍCULO

Bráulio Alves da Costa Barbosa

Endereço: Rua C-229, nº 213 – Quadra 536, Lote 08/11, 20/24 – Jardim América,
Goiânia – GO Cep.: 74290-110 **Telefone:** (62) 99983-8901 (WhatsApp)

E-mail: braulioalvescabral@hotmail.com

Estado Civil: Casado



OBJETIVO

Atuar na área Administrativa, implementando projetos, avaliando processos e desenvolvendo novas funcionalidades para agregar valores à organização.

QUALIFICAÇÕES

Profissional experiente em faturamento hospitalar, organização de departamentos, capacidade de criar estratégias que visem aumento de produtividade e diminuição de custos. Conhecimento de rotinas/atividades inerentes a departamento financeiro, compras e almoxarifado. Organização, ética, dinamismo, facilidade de comunicação e bom relacionamento interpessoal.

FORMAÇÃO

- Graduação em Administração de Empresas – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – 2001
- Formação de Dirigentes Cooperativistas – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – 2003
- Pós-Graduação em Administração Hospitalar Faculdade Lions - 2005
- Pós-Graduação em Gestão Financeira – Pontifícia Universidade Católica de Goiás – 2007
- MBA – Executivo em Saúde (IPOG - Instituto de Pós-Graduação e Graduação) - Cursando

HISTÓRICO PROFISSIONAL

Empresa: CRER – Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

Período: desde 10/2010

Funções: fazer a gestão do serviço de faturamento hospitalar, proveniente dos atendimentos prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS):

- Acompanhar e monitorar o faturamento do Serviço de Internação e Ambulatório (SUS);
- Acompanhar e monitorar o faturamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/SUS);

CURRÍCULO

- Acompanhar e monitorar a análise de liberação de pagamento aos prestadores de serviços da Instituição (serviços de imagem, laboratoriais e fornecedores de órteses e próteses e aparelhos especializados);
- Acompanhar e monitorar o pagamento do Corpo Clínico Aberto (Médicos);
- Acompanhar e monitorar a movimentação (inclusões, exclusões e alterações) de cadastro de profissionais da Instituição no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- Acompanhar e monitorar o Contas a Receber, referente ao faturamento hospitalar, bem como realizar cobranças pertinentes aos serviços faturados e não pagos;
- Atender solicitações internas da Instituição, relacionadas ao esclarecimento de dúvidas e demandas específicas dos Gestores Municipais e Estaduais;
- Acompanhar e monitorar defesas administrativas, pertinentes aos processos de Auditoria, seguindo o fluxo da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia;
- Acompanhar e monitorar as metas da Instituição;
- Acompanhar e monitorar as autorizações dos procedimentos cirúrgicos da Instituição;
- Acompanhar e monitorar o serviço do médico regulador, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, no qual exerce suas atividades no setor;
- Orientar a equipe médica quanto ao preenchimento devido dos procedimentos cirúrgicos realizados, de modo que sigam o preconizado pelo Sistema Único de Saúde;
- Acompanhar e monitorar, a Ficha de Programação Orçamentária, bem como adotar medidas de ajustes legais de faturamento;
- Elaboração e Acompanhamento da Contratualização Municipal através de reuniões com a comissão;
- Atender demandas internas da Instituição fornecendo informações para análise de custos e viabilidade economia;

Empresa: 3A Consultoria – Segurança e Saúde do Trabalho

Período: novembro/2009 – setembro/2010

Funções: planejar e executar as atividades de faturamento e cobrança com auxílio do atendimento, negociações com clientes e fornecedores, controles financeiros.

Empresa: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás – SES/GO

Período: dezembro/2008 – outubro/2009 – Gerente de Patrimônio (cargo: Administrador).

CURRÍCULO

Funções: Facilitar a gestão do patrimônio mobiliário do Estado de Goiás e orientar os responsáveis pelas atividades ligadas à área em todos os órgãos da administração Pública Estadual. Gerir o patrimônio desde sua aquisição, tombamento e distribuição (logística), bem como dar continuidade ao controle mantendo atualizado o cadastro geral dos bens patrimoniais do Estado no Sistema de Patrimônio e periodicamente realizar auditoria nos móveis e equipamentos.

Empresa: Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico

Período: junho/1996 – março/2007

Junho/1996 – abril/1998: Encarregado do Setor de Apoio Administrativo/Compras do Hospital Unimed.

Funções: levantamento de necessidades de compras, programação e controle de pedidos de materiais em geral, negociação com fornecedores (materiais hospitalares, medicamentos, equipamentos hospitalares), atendimento a representantes, cotação de preços, negociação de prazos de pagamentos e entrega, administração de contratos de prestação de serviços (manutenção de máquinas, equipamentos, serviços de limpeza e segurança).

Mai/1998 – julho/2001: Auditor Técnico de Revisão de Contas Hospitalares.

Funções: auditoria de procedimentos hospitalares (cirurgias, exames, visitas de especialistas), pagamentos a cooperados, clínicas e laboratórios, conferência de autorizações conforme contratos firmados entre beneficiários, análise crítica de preços de materiais e medicamentos conforme rol de procedimentos.

Agosto/2001 – março/2007: Coordenador de área do Departamento de Faturamento e Recuperação de Crédito (cargo de nível gerencial, equipe de 15 colaboradores).

Funções: Coordenar as atividades dos colaboradores da área, orientando, treinando e acompanhando o desempenho dos resultados. Confecção e análise de relatórios de inadimplência estabelecendo metas e estratégias para captação de recursos financeiros dos contratos inadimplentes. Negociações contratuais de Pessoa Jurídica, análise e reajuste de preços. Elaboração de cronograma de processamento de dados do sistema de gestão interna relacionados aos serviços de assistência à saúde. Recolhimento de tributos (Iss e Impostos Federais) e emissão de notas fiscais.

CURRÍCULO

CURSOS DE APERFEICOAMENTO

- Faturamento SUS – Instituto Francisco Ludovico - 2011
- Prontuário Eletrônico do paciente: aspectos éticos e legais – CRER- 2012
- Líder Coach – CEAFI 2013
- Liderança Acima da Média – Instituto Rubens Berredo - 2017
- Gerenciamento de Processos – Keyassociados Soluções Sustentáveis - 2018
- A Arte de Intermediar Conflitos – Palestra CRER - 2018
- Programa de Líderes – IPOG – 2020
- Lean Seis Sigma Green Belt – FM2S – 2022
- Produtividade Gestão do Tempo e Propósito – PUCRS-ONLINE – 2021
- Comunicação Efetiva em Reuniões e Apresentações – Ensino Agir – 2021
- Inteligência Emocional 2.0 – CONQUER - 2022

Declaro que as informações acima descritas são verídicas.

Bráulio Alves da Costa Barbosa
CRA - 7602

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:57

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4088938227\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4088938227)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

775.736.331-49

Nome

BRAULIO ALVES DA COSTA BARBOSA

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S006461

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

ANALISTA ADMINISTRATIVO II

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

411010 - Assistente administrativo ▾

Nome da função

SUPERVISOR (A) DE FATURAMENTO

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

410225 - Supervisor de crédito e cobrança ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

 Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

6.991,22

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO SEG - HORA E

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

22/11/2010

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

08 - Agosto ▾

26.619.254/0001-86

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020220613190I

Número do recibo

1.1.0000000150273

Processo de emissão do evento

3 - Aplicativo governamental - Web Geral

Versão do Processo

1.0

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – AGIR, inscrita no CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87, atesta para os devidos fins que a Sra. NAYARA KETLYN ASSUNCAO MOCO, inscrito(a) no CPF sob o nº 012.630.071-20, trabalha nesta empresa exercendo de forma eficiente e com competência o cargo de Gestor de Unidade de Saúde, realizando as seguintes atividades de Gestão:

- Acompanhar a implantação e execução de projetos do serviço de recursos humanos das Unidades, obedecendo as determinações previstas nos respectivos contratos de Gestão, diariamente.
- Gerenciar a elaboração das políticas, normas e procedimentos específicos para as atividades de recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, avaliação de competências, remuneração, relações sindicais, benefícios e saúde ocupacional;
- Gerenciar e apresentar no âmbito estratégico, relatório dos Indicadores de Gestão de Pessoas, a partir de análises de indicadores para garantir o cumprimento das metas do setor, mensalmente.
- Desenvolver políticas de gestão de pessoas a nível corporativo, pautando no planejamento estratégico da instituição, para garantir a identidade organizacional, sempre que necessário.

Atividades desempenhadas no período de 05/03/2022 até a presente data.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

Goiânia, 10 de junho de 2022.

José Augustinho Zago
Coordenador Corporativo de Formalização de Pessoal
Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir
CNPJ sob o nº 05.029.600/0002-87

 @agirsaude

 /agirsaude


 secretariageral@agirsaude.org.br

 /agir.saude

 /tvagir

 (62) 3995-5406

 /agirsaude

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design, Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Protocolo de assinaturas

Documento

Nome do envelope: DECLARAÇÃO DE EXPERIÊNCIA - NAYARA KETLYN ASSUNCAO

Autor: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - jose.zago@agirsau.de.org.br

Status: Finalizado

HASH: 85-55-06-1A-DF-9F-3A-A6-4A-1E-CE-92-97-A1-AF-3A-CB-9B-01-B0

Assinaturas

Nome: JOSE AUGUSTINHO ZAGO - **CPF/CNPJ** 012.815.371-79 - **Cargo** COORDENADOR DE FORMALIZAÇÃO DE PESSOAL

E-mail: jose.zago@agirsau.de.org.br - **Data:** 10/06/2022 12:23:22

Status: Assinado eletronicamente, mediante senha de rede, pessoal e intransferível

IP: 177.107.46.146

Geolocalização: -16.6981724, -49.2237376

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

<https://totvssign.totvs.app/webapptotvssign/#/verify/search?codigo=85-55-06-1A-DF-9F-3A-A6-4A-1E-CE-92-97-A1-AF-3A-CB-9B-01-B0>

Código HASH: 85-55-06-1A-DF-9F-3A-A6-4A-1E-CE-92-97-A1-AF-3A-CB-9B-01-B0



CURRÍCULO PROFISSIONAL

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: Nayara Ketlyn Assunção Moço **Data de nascimento:** 12/03/1987
Sexo: Feminino **Estado civil:** Casada
Nacionalidade: Brasileira **Telefone:** (62) 99397-5575
Endereço Residencial: Rua Tarumãs QD 18 LT 19 Jardins Lisboa.Goiânia - GO
Endereço eletrônico: nayaraassuncao.hugol@gmail.com

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Graduada em Psicologia pela PUC-GO no 2º semestre de 2010.
Especialização em Psicologia do Trânsito – CLINAP/PUC -2012.
MBA – Gestão de Pessoas Por Competências, Indicadores e Coaching – IPOG – 2019.
MBA – Executivo Gestão em Saúde – IPOG – 2021.
Formação de Auditor Interno do Sistema de Gestão da Qualidade com base nas normas NBR ISSO 9001:2015 e NBR ISSO 19011:2012 – Carga horária 24h - ComQua 2016.
Capacitação de Avaliadores Internos – Carga horária 4h – Hospital de Urgências HUGOL– 2019.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Fevereiro/2022 a Atual AGIR – Associação de Gestão Inovação e Resultados em Saúde
Coordenadora de Desenvolvimento Humano e Organizacional

Atribuições:

- Elaborar e coordenar programas, projetos e ações de capacitação, desenvolvimento, cargos, salários, remuneração, gestão por competências e gestão de clima a nível corporativo;
- Estuturar políticas corporativas de treinamento, desenvolvimento, cargos, salários e remuneração;
- Desenvolver e coordenar indicadores da área de desenvolvimento e remuneração;
- Coordenar o processo de avaliação de experiência, entrevista de desligamento e práticas de valorização a nível corporativo;
- Implantar e coordenar o processo de Gestão por Competências.

Março/2020 a Janeiro/2022 Hospital Estadual de Urgências – HUGOL/AGIR
Gerente de Recursos Humanos

Atribuições:

- Gerenciar o desenvolvimento dos serviços de formalização de pessoal, treinamento, desenvolvimento e de medicina e segurança do trabalho, incrementando, pesquisando e criando propostas de desenvolvimento dentro de uma visão estratégica.
- Planejar, elaborar, executar e gerenciar projetos, programas e ações inerentes a gestão de pessoas;
- Gerenciar os resultados dos indicadores da área;
- Gerenciar a execução das avaliações de desempenho e pesquisa de clima organizacional;
- Elaborar, validar e acompanhar respostas às auditorias;
- Gerenciar os riscos da área.

Agosto/2015 a Março/2020

Hospital Estadual de Urgências – HUGOL/AGIR
Psicóloga Organizacional

Atribuições:

- Recrutar, selecionar, confeccionar e acompanhar editais;
- Realizar entrevista de desligamento;
- Monitorar a realização das avaliações de experiência;
- Realizar e acompanhar a aplicação pesquisa de clima e satisfação;
- Implementar/ atualizar Descrição de Cargos;
- Implementar área de treinamento, monitorar/acompanhar Matriz e LNT;
- Criar e executar projetos relacionados a Gestão Estratégica da Instituição;
- Realizar e acompanhar o processo de Integração de novos colaboradores;
- Alimentar e monitorar Indicadores da área e análise crítica;
- Contratar e acompanhar o programa de Jovem Aprendiz e terceiros;
- Realizar conversão de jornada, realizar readequação de função do INSS;
- Responder auditorias, acompanhar os riscos da área;
- Realizar processo de pagamento do contrato de Jovens Aprendizes;
- Realizar processo de remanejamento e transferência;
- Implementar Avaliação de Desempenho (Feedback);
- Participar da Comissão da Qualidade, Planejamento Estratégico e de Humanização (ações).

Janeiro/2012 a Agosto/2015

CHS Agronegócio Industria e Comércio LTDA.
Analista de Recursos Humanos

Atribuições:

- Recrutar, selecionar, aplicar e analisar testes psicológicos/comportamentais;
- Realizar dinâmicas de grupo, entrevistas coletivas e por competências;
- Realizar integração de novos colaboradores, treinamento e entrevista de desligamento;
- Acompanhar avaliação de desempenho e LNT, acompanhar feedback 360;
- Elaborar relatórios com informações e dados estatísticos sobre recursos humanos, visando fornecer subsídios para decisões e correções de políticas ou procedimentos da área.

Agosto/2011 a Janeiro/2012.

TecnoGuarda Vigilância e Transporte De Valores Ltda.
Assistente de RH.

Atribuições:

- Recrutar, selecionar, aplicar e analisar testes psicológicos/comportamentais;
- Realizar dinâmicas de grupo, entrevistas coletivas e por competências;
- Realizar treinamento de integração, avaliação de desempenho, entrevista de desligamento;
- Auxiliar nas rotinas de Treinamento e Desenvolvimento.

Novembro/2003 a Agosto/2011.

Lucília Comércio de Produtos de Informática Ltda.
Gerente de vendas / Dep. de RH.

Atribuições:

- Realizar vendas e gerenciar equipe, negociar com fornecedores e bancos;
- Recrutar, selecionar, realizar entrevista de desligamento;
- Conduzir programas de treinamento e integração de novos colaboradores.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações retro prestadas são verdadeiras, sobre as quais assumo total responsabilidade.

Goiânia, 13 de Junho de 2022.

Portal do Governo Brasileiro (<http://brasil.gov.br>)

Atualize sua Barra de Governo (<http://epwg.governoeletronico.gov.br/barra/atualize.html>)

Empregador: 05.029.600/0002-87 - ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACAO E RESULTADOS E...

14:43

SAIR

Usuário (Procurador): 012.815.371-79 - JOSE AUGUSTINHO ZAGO

Trocar Perfil/Módulo

Módulo: Geral Pessoa Jurídica

▪ Você está aqui: [🏠 \(/portal/Home/Inicial\)](#) > [Empregado](#) > [Gestão de Empregados \(/portal/Trabalhador/ConsultaCompleto\)](#) > [Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador](#)

[Alterar Dados Contratuais \(/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4090009141\)](/portal/Trabalhador/AlteracaoContratualCompleto/DataAlteracao?idContrato=4090009141)

Visualizar Dados Contratuais do Trabalhador

Identificação do trabalhador

CPF

012.630.071-20

Nome

NAYARA KETLYN ASSUNCAO MOCO

Informações do Vínculo

Tipo de Registro

Admissão

Matrícula

C01S004569

Tipo de Regime Trabalhista

1 - CLT - Consolidação das Leis de Trabalho e legislações ▾

Categoria

Tipo de Regime Previdenciário ou Regime dos Militares

1046

101 - Empregado - Geral, inclusive o empregado público d ▾

1 - RGPS - Regime Geral da Previdência Social ▾

Contrato de trabalho

Nome do cargo

ANALISTA DE RECURSOS HUMANOS II

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

252405 - Analista de recursos humanos ▾

Nome da função

COORDENADOR (A) DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E OI

Classificação Brasileira de Ocupação - CBO

142205 - Gerente de recursos humanos ▾

O cargo, emprego ou função pública é acumulável?

Sim Não

Remuneração e periodicidade de pagamento

Unidade de pagamento

5 - Por Mês ▾

Salário base

7.894,36

Descrição do Salário Variável

Duração do contrato de trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho

1 - Prazo indeterminad ▾

Local de trabalho

Tipo de Inscrição

1 - CNPJ

Número de
Inscrição

05.029.600/0

Nome

ASSOCIACAO DE GESTAO, INOVACA

Descrição Complementar

Horário Contratual

Quantidade de Horas Semanais

28,00

Tipo da Jornada

9 - Demais tipos de jornada

Tempo Parcial

0 - Não é contrato em tempo parcial

Descrição da jornada semanal contratual

DESCRICAÇÃO DA JORNADA SEMANAL ADMINISTRATIVO TER - HORA E

A jornada semanal possui horário noturno?

 Sim Não

Trabalhador Celetista

Data de Admissão

10/08/2015

Tipo de Admissão

1 - Admissão

Indicativo de Admissão

1 - Normal

Regime de Jornada do Empregado

3 - Funções especificadas no Inciso II do Art. 6º

Natureza da Atividade

1 - Trabalho Urbano

Mês de data base

CNPJ do sindicato representativo da categoria

08 - Agosto ▾

26.619.254/0001-86

Sucessão do Vínculo Trabalhista

Tipo de Inscrição do empregador anterior

Identificação do Evento

Identificador do Evento

ID1050296000000020220613105

Número do recibo

1.1.0000000150158

Processo de emissão do evento

3 - Aplicativo governamental - Web Geral

Versão do Processo

1.0

[Voltar](#)

v_s_1.0.0 2022_13.8.1

3.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR

3.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO

O quadro de pessoal médico por área de atenção, apresentado possui alinhamento com as atividades propostas no plano de trabalho para gerenciamento do Hospital Estadual da Criança e Adolescente - HECAD, que consiste em oferecer qualidade e eficácia na assistência por meio de titulação apropriada dos profissionais que irão compor o corpo clínico do hospital, espera-se que a atuação do pessoal médica esteja pautada em uma abordagem integral do processo saúde doença, com oferta de tempo médio de consulta adequado, com atuação multiprofissional e interdisciplinar, onde os profissionais médicos terão sua atuação pautada na realização de estratificação do risco do paciente, e desenvolvimento de projetos terapêuticos individualizados, considerando o usuário como protagonista do plano de cuidado.

A composição da equipe médica especializada apresenta abrangência ampla, com capacidade para percorrer todas as linhas de cuidado estruturantes, bem como permitir uma assistência adequada durante todo ciclo de vida.

Fundamentado em premissas sustentáveis ao bom funcionamento do HECAD, com respeito e observância à razoabilidade, economicidade, eficiência e aos quesitos qualitativos frente a segurança do paciente, o dimensionamento e a cobertura de todas as especialidades seguirão as devidas normativas e quesitos legais e orientativos, diretrizes do Conselho Federal Medicina - CFM, e afins.

Sem prejuízo de formatação de serviços que visam o ganho em efetividade (melhores resultados quanti-qualitativos ao menor custo possível), as seguintes contratações do quadro de pessoal médico serão constituídas preferencialmente em regime de prestação de serviços na modalidade de vínculo de Pessoa Jurídica - PJ, preferencialmente.

Os profissionais deverão apresentar documentação condizente com a especialização e comprovar experiência na área de atuação, bem como demais comprovações legais obrigatórias.

Nesse formato de contratação, o quantitativo de médicos por área será definido de acordo com a demanda da Unidade, por hora de cobertura, para as seguintes áreas:

- Pronto Socorro Pediátrico;
- Ambulatório de Especialidades Médicas;
- Unidade de Internação Clínica Pediátrica;
 - Unidade de Internação Leitos Crônicos;
 - Unidade de Internação Leitos Dia;
- Unidade de Internação Cirúrgica;
- UTI Pediátrica;
- Centro Cirúrgico.

Pronto Socorro Pediátrico- Urgência e Emergência

A unidade hospitalar manterá o serviço de urgência/emergência em funcionamento 24 horas, assegurando todos os exames e ações diagnósticas e terapêuticas necessárias para o atendimento adequado aos usuários, conforme nível de risco que o indivíduo se encontra. Entende-se por atendimentos de urgência condição ou ocorrência imprevista com ou sem risco potencial à vida, no qual o indivíduo necessita de assistência médica imediata. Enquanto os casos de emergência são condições que implicam sofrimento intenso ou risco iminente de morte exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

O HECAD possuirá porta aberta para atendimento em demanda espontânea dos casos de Urgência e Emergência, e demanda regulada pela Central de Regulação Estadual - CRE e será unidade de referência estadual. Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados e que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência e Emergência do HECAD.

Quadro 22 - Quadro médico proposto Pronto Socorro do HECAD.

Pronto Socorro - Urgência e Emergência	7h às 19h							19h às 7h							7h às 11h						
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico Pediatra- Porta																					
Médico Plantonista - 12h diurno	4	4	4	4	4	4	4														
Médico Plantonista - 12h noturno								3	4	3	3	3	3	3							
Médico Pediatra- Sala Vermelha																					
Médico Plantonista - 12h diurno	1	1	1	1	1	1	1														
Médico Plantonista - 12h noturno								1	1	1	1	1	1	1							
Médico Pediatra- Observação																					
Médico Plantonista - 12h diurno	1	1	1	1	1	1	1														
Médico Plantonista - 12h noturno								1	1	1	1	1	1	1							
Médico Diarista - hospitalista															2	2	2	2	2	2	2
Médico Ortopedista																					
Médico Plantonista - 12h diurno	2	2	2	2	2	2	2														
Médico Plantonista - 12h noturno								1	1	1	1	1	1	1							
Coordenador Médico																					
Médico Pediatra- diurno						2	2								1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Ambulatório de Especialidades Médicas

O ambulatório de especialidades médicas funcionará de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 19:00 horas, com grade disponibilizada à CRE, e capacidade de atendimento estimada para 2.500 consultas médicas/mês.

Serão considerados como atendimento ambulatorial pacientes em: primeira consulta; primeira consulta de egresso; interconsulta; consultas subsequentes (retornos).

Tabela 55 - Quadro médico proposto Ambulatório de Especialidades do HECAD.

CARGO MÉDICO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	QUANTIDADE
Coordenador Médico Ambulatório	20	1
Ginecologia (infanto-puberal)	20	1
Alergia/Imunologia	10	1
Endocrinologia	20	1
Cardiologia	20	2
Ortopedia e Traumatologia	20	2
Reumatologia	10	1
Cirurgião Pediátrico	20	2

Neurologia	20	1
Nutrologia	10	1
Cirurgia Plástica – (CERFIS)	20	2
Homeopatia	10	1
Infectologia	20	2
Nefrologia	10	1
Dermatologia	20	1
Genética	10	1
Urologia	20	1
Oftalmologia	20	2
Pneumologia	10	1
Hematologia	10	1
Otorrinolaringologista	20	2
Gastroenterologista	20	2
Neurocirurgia	10	1
Psiquiatria	20	1
Oncologia Pediátrica	10	1
Total	400	33

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Unidade de Internação Clínica Pediátrica/Cirúrgica

Para as unidades de internação, serão consideradas as saídas hospitalares por Clínicas: Cirúrgica Pediátrica, Clínica Cirúrgica CERFIS, Clínica Pediátrica, Clínica Pediátrica Crônica, contemplando também as saídas de cirurgias programadas e de urgência/emergência. Todas as cirurgias programadas deverão ser encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual, exceto as cirurgias de urgência e emergência que sejam referenciadas, pacientes internos ou de demanda espontânea.

A unidade deverá contar com 10 (dez) leitos clínicos para internação de pacientes que demandem internação por tempo prolongado com perfis crônico e ainda 18 leitos dia. Estes leitos serão destinados a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.

Tabela 56 - Quadro médico proposto Unidade de Internação Clínica Pediátrica do HECAD.

Internação Clínica Pediátrica 50 leitos	7h às 19h							19h às 7h							7h às 11h							
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	
Médico Pediatra																						
Médico Plantonista - 12h diurno	2	2	2	2	2	2	2															
Médico Plantonista - 12h noturno								2	2	2	2	2	2	2								
Médico Pediatra diarista -hospitalista																						
Médico Pediatra- parecerista																						
Coordenador Médico																						
Médico Pediatra- diurno															1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Tabela 58 - Quadro médico proposto Unidade de Internação Clínica Crônicos do HECAD.

Internação Clínica Pediátrica 10 leitos crônicos	7h às 19h							19h às 7h							7h às 11h							
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	
Médico Pediatra																						
Médico Plantonista - 12h diurno	1	1	1	1	1	1	1															
Médico Plantonista - 12h noturno								1	1	1	1	1	1	1								
Médico Pediatra diarista -hospitalista																						
Coordenador Médico																						
Médico Pediatra- diurno															1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Tabela 57 - Quadro médico proposto Unidade de Internação Clínica Leitos Dia do HECAD.

Internação Clínica Pediátrica 18 leitos dia	7h às 19h							7h às 11h														
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom								
Médico Pediatra																						
Médico Plantonista - 12h diurno	1	1	1	1	1	1	1															
Médico Pediatra diarista -hospitalista															1	1	1	1	1	1	1	1
Coordenador Médico																						
Médico Pediatra- diurno															1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Tabela 59 - Quadro médico proposto Unidade Internação Clínica Cirúrgica do HECAD.

Internação Clínica Cirúrgica Pediátrica 56 leitos	7h às 19h							19h às 7h							7h às 11h							
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	
Médico Pediatra																						
Médico Plantonista - 12h diurno	2	2	2	2	2	2	2															
Médico Plantonista - 12h noturno								2	2	2	2	2	2	2								
Médico Pediatra diarista -hospitalista																						
Médico Pediatra- parecerista																						
Coordenador Médico																						
Médico Pediatra- diurno															1	1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

A Unidade de Terapia Intensiva - UTI Pediátrica consiste em uma unidade hospitalar que deverá funcionar com equipe especializada para suporte avançado em atendimento das crianças que necessitam cuidados intensivos. As metas de internação informadas correspondem ao número de leitos implantados referenciados ao quantitativo de leitos operacionais/dia, considerando o média do Tempo Médio de Permanência - TMP.

A Equipe será multiprofissional composta por Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Assistente Social, Técnico de Enfermagem.

Durante a internação hospitalar, a criança e o adolescente terão o direito, garantido pelo estatuto da criança e do adolescente, de ter acompanhamento dos pais ou responsável.

Tabela 60 - Quadro médico proposto Unidade de Terapia Intensiva no HECAD.

Unidade de Terapia Intensiva 30 leitos	7h às 19h							19h às 7h							7h às 11h- 13 às 16 h						
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico Pediatra intensivista																					
Médico Plantonista - 12h diurno	2	2	2	2	2	2	2														
Médico Plantonista - 12h noturno								2	2	2	2	2	2								
Médico Pediatra diarista -hospitalista 4 horas matutino														2	2	2	2	2	2	2	
Médico Pediatra diarista -hospitalista 4 horas vespertino														2	2	2	2	2	2	2	
Coordenador Médico																					
Médico Pediatra- diurno														2	2	2	2	2	2	2	

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Centro Cirúrgico

O centro cirúrgico terá funcionamento 24 horas/dia, para atendimento as demandas cirúrgicas de urgência e emergência e cirurgias programadas (eletivas). A unidade do Centro Cirúrgico será composta por 8 (oito) salas cirúrgicas.

Tabela 61 - Quadro médico proposto Unidade Centro Cirúrgico do HECAD.

Centro Cirúrgico	7h às 19h							19h às 7h							7h às 11h						
	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom
Médico Pediatra																					
Médico Cirurgião Pediatra - 12h Diurno presencial	4	4	4	4	4	4	4														
Médico Cirurgião Pediatra - 12h Noturno sobreaviso								2	2	2	2	2	2	2							
Médico Anestesiologista - 12h Diurno presencial	4	4	4	4	4	4	4														
Médico Anestesiologista - 12h Noturno sobreaviso								2	2	2	2	2	2	2							
Coordenador Médico																					
Médico Pediatra- diurno															1	1	1	1	1	1	1

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

3.3.2. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA

Compreendendo o perfil da Unidade em sua totalidade e características de serviços ofertados, propõe-se para este tópico o Protocolo de Enfermagem para hospital dia, de forma a complementar o perfil de atendimento ambulatorial.

- **Rotina de Enfermagem no Ambulatório**

1.1. Conceito de Ambulatório e Hospital-dia

Ambulatório:

Considera-se Atendimento Ambulatorial Hospitalar, todo aquele realizado em unidade hospitalar e que não demande internação, seja ele em regime de urgência e/ou emergência ou eletivo (programado).

Hospital Dia:

Considera-se Hospital Dia, todo atendimento para a realização de procedimentos de baixa complexidade, o qual permite que o paciente tenha alta no mesmo dia.

Para o paciente, o Hospital Dia oferece inúmeros benefícios, tais como redução do risco de infecção hospitalar e minimização do impacto psicossocial da internação.

O regime de funcionamento do Hospital Dia é visto como uma assistência intermediária entre a Internação e o Atendimento Ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 44/2001, os critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia são:

- 1) Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;
- 2) Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas;
- 3) Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;
- 4) Obrigatoriamente, para todo paciente será aberto prontuário constando de identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatório.

Os pacientes que serão submetidos aos procedimentos cirúrgicos em regime de Hospital Dia, devem seguir os seguintes critérios:

- 1) Paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico;
- 2) Paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada.

Os critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico no HECAD, em regime de Hospital Dia, serão:

- 1) Paciente deverá estar lúcido, responsivo, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor;
- 2) Paciente deverá estar com sinais vitais estáveis há pelo menos 60 minutos antes da alta, sem estar apresentando náuseas e vômitos, com ausência de sangramento, com micção espontânea e ingestão de líquidos efetiva;

- 3) Paciente criança deverá estar acompanhado pelo adulto responsável, devidamente identificado;
- 4) A equipe deverá realizar, por escrito e verbalmente, as orientações referentes aos cuidados pós-operatórios, bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências.

1.2. Responsáveis

- Supervisor de Enfermagem do Ambulatório;
- Enfermeiro Assistencial;
- Técnico de Enfermagem.

1.3. Atribuição do Técnico de Enfermagem

- Abrir os consultórios do Ambulatório, ao início do dia, fechando-os no fim de cada plantão. As chaves deverão ser encaminhadas para a sala de monitoramento;
- Organizar a sala de procedimentos, consultórios e posto de apoio do Ambulatório;
- Abrir os consultórios, manter macas com lençóis descartáveis, repondo os documentos de apoio e matérias descartáveis para os atendimentos;
- Fechar os consultórios, após atendimento médico e solicitar a higienização e retirada do lixo pela equipe da limpeza;
- Verificar armários e repor material durante procedimentos;
- Higienizar e pegar *hamper* na sala de utilidades (colocar saco plástico);
- Realizar lista de material da Central de Material e Esterilização - CME, preencher documento necessário e buscar material na CME;
- Relacionar material sujo em documento próprio da CME e encaminhar em carrinho ao setor;
- Realizar procedimentos prescritos pelo Enfermeiro e/ou Médico;
- Agendar exame que necessite de jejum e sedação, realizando orientações pertinentes;
- Agendar anestesista para exame com sedação, realizando sempre uma comunicação efetiva com o Enfermeiro do setor;

- Solicitar *kit* de medicação na farmácia central para pacientes que realizarão exame e fazer a devolução após finalizar o procedimento no sistema MV APOIO;
- Encaminhar o paciente que fará exame até o setor de exames, confirmando o jejum, se necessário, e devolvê-lo assim que liberado pelo Médico Anestesiista, realizando evolução e evidenciando a transição do cuidado;
- Acompanhar o paciente na sala de recuperação pós exame;
- Auxiliar o Enfermeiro e Médico, quando necessário, separando os materiais necessários e higienizando a maca, por exemplo;
- Entregar no laboratório material para anatomopatológico, se necessário;
- Providenciar almotolias para as salas de procedimentos e para sala de exames, identificá-las e retirá-las, após o vencimento;
- Preparar o paciente para o Centro Cirúrgico e Internação (pacientes ambulatoriais ou do hospital dia) e providenciar pulseira de identificação;
- Realizar a conferência, juntamente com o Enfermeiro do laringoscópio, do carrinho do anestesiista e carro de emergência, diariamente, a fim de evitar intercorrências;
- Organizar o corredor durante atendimento médico, evitando aglomerações, atentando-se para que todos os pacientes e acompanhantes estejam bem acomodados;
- Realizar limpeza e desinfecção do endoscópio, broncoscópio e sonda do ecotransesofágico, conforme rotina do setor de exames;
- Abrir Ordem de Serviço, solicitando manutenção preventiva, reparo em equipamentos e remanejamento de aparelho para o Ambulatório ou Emergência;
- Realizar exame de eletrocardiograma;
- Auxiliar na realização dos exames de broncoscopia, endoscopia, colonoscopia, ecocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia.
- Na sala de vacina, caberá ao Técnico de Enfermagem:
 - Realizar a abertura da sala de vacina;
 - Conferir as vacinas disponíveis, juntamente com o Enfermeiro responsável, atentando-se para lote e vencimento;

- Solicitar a higienização da sala e realizar a limpeza dos mobiliários e bancadas;
- Acompanhar o Enfermeiro na triagem vacinal, atentando-se para o calendário vacinal, orientando os responsáveis sobre a importância de manter em dia as vacinas de suas crianças;
- Fechar a sala de vacina, conferindo as doses administradas, juntamente com o Enfermeiro;
- Acompanhar o Enfermeiro na realização do relatório das vacinas realizadas.

1.4. Atribuição do Enfermeiro

- Tomar conhecimento dos agendamentos cirúrgicos, ambulatoriais e do Hospital Dia;
- Realizar a triagem ambulatorial (peso, estatura, temperatura etc.) de todos os pacientes que forem atendidos pelas especialidades médicas;
- Realizar o acolhimento e notificação no sistema, em caso de crianças vítimas de violência sexual;
- Encaminhar as crianças vítimas de violência sexual até o consultório médico para acolhimento e acompanhamento;
- Realizar procedimentos de Enfermagem;
- Supervisionar a equipe técnica;
- Fazer relatório de Enfermagem;
- Realizar teste do desfibrilador, semanalmente, conferindo o funcionamento do laringoscópio e a presença do lacre;
- Organizar a escala dos colaboradores e redistribuir as ações, em caso de ausência de algum deles;
- Organizar os atendimentos médicos ambulatoriais, conforme agenda prévia;
- Na sala de vacina, caberá ao Enfermeiro:
- Organizar a escala dos Técnicos de Enfermagem;
- Conferir as vacinas disponíveis, atentando-se para lote e vencimento;

- Realizar a triagem vacinal, atentando-se para o calendário vacinal, orientando os responsáveis sobre a importância de manter em dia as vacinas de suas crianças;
- Fechar a sala de vacina, conferindo as doses administradas;
- Fazer o relatório das vacinas realizadas.

1.5. Solicitação de insumos e medicamentos

A solicitação de insumos será realizada pelo Assistente Administrativo, via sistema, a partir de uma lista elaborada pelo Técnico de Enfermagem, contendo os insumos necessários para a semana.

Para materiais da Farmácia a solicitação será realizada pelo Técnico de Enfermagem, devendo esta ser atendida pela Farmácia central da Unidade.

A solicitação e devolução de medicamentos e *kits* do setor dos exames serão realizadas pelo próprio Técnico de Enfermagem responsável pela sala, por meio do sistema MV.

1.6. Controle da checagem do cardioversor e carro de emergência

A checagem do cardioversor/desfibrilador será realizada diariamente e de forma automática pelo próprio monitor.

Ao início do turno, o Enfermeiro ou o Técnico de Enfermagem anexarão o relatório no caderno de controle de testes do aparelho. Semanalmente, o Enfermeiro realizará o teste manual e anexará o relatório no próprio caderno de controle do cardioversor.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência serão checados 1 (uma) vez por mês e/ou após a abertura dele.

A conferência será realizada pelo Técnico de Enfermagem e/ou Enfermeiro, acompanhados pelo Técnico de Farmácia.

O registro da conferência será feito por meio do *checklist* do carro de emergência. A conferência será realizada por dupla checagem, na qual o Técnico de Enfermagem realizará a conferência do carrinho e após, lacrará as gavetas. Posteriormente, o Técnico de Farmácia reconferirá o carrinho e, caso esteja certo, ele lacrará o carrinho com o lacre definitivo. Será feita, também, a conferência diária dos

materiais disponibilizados no carro de emergência, tais como funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença da tábua de massagem e presença do lacre.

1.7. Controle de materiais e equipamentos

O controle de materiais da Unidade será realizado por um Técnico de Enfermagem, 1 (uma) vez ao dia, e será registrado em documento próprio de cada setor.

O documento deverá ser preenchido e assinado, diariamente, devendo ser recolhido da Unidade ao final de cada mês, quando, então, deverão ser desprezados os materiais que estiverem vencidos.

Quanto ao controle de equipamentos, este deverá ser realizado em conjunto com o Serviço de Patrimônio que controla a entrada e saída deles por meio de documentos próprios.

1.8. Entrega e Requisição de Materiais no Centro de Materiais e Esterilização

A entrega de materiais no expurgo da CME será realizada em carro próprio, dentro dos padrões exigidos para tal (carro fechado ou caixas fechadas limpas).

Por sua vez, a retirada de material estéril será feita diretamente na CME, em carro próprio ou caixas acrílicas fechadas dentro dos padrões exigidos, na área limpa (distribuição).

1.9. Realização de curativos

Os curativos serão de competência exclusiva do Enfermeiro.

O Técnico de Enfermagem poderá auxiliar em pequenos procedimentos, desde que sob supervisão do Enfermeiro, conforme plano terapêutico para tratamento de feridas, escala de divisão de tarefas e prescrição de Enfermagem.

1.10. Realização de Cuidados e Procedimentos

Os cuidados e procedimentos serão realizados tendo como referência os Protocolos Institucionais da Gerência de Enfermagem e Supervisões de Enfermagem da Unidade.

Os Protocolos serão acessíveis a todos os colaboradores, por meio dos computadores distribuídos em todas as unidades do HECAD.

1.11. Registro em Prontuário

Diariamente, o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem farão o registro da evolução no Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, seguindo um modelo padrão, podendo ser alterado conforme necessidade do paciente e critérios do Enfermeiro ou do Técnico. Todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do atendimento deverão ser registrados.


1.12. Relatório de Enfermagem

O relatório de Enfermagem será realizado em caderno específico ou será feito eletronicamente, com a devida assinatura do responsável.

No setor do SADT este relatório será realizado pelos Técnicos de Enfermagem e no Ambulatório este será realizado pelo Enfermeiro.

2. Protocolos assistenciais do Ambulatório

2.1 Rotina de Enfermagem – Internação ambulatorial

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Setor: Ambulatório	Identificação: xx
Assunto:	Versão: xx
Rotina de Enfermagem: Internação ambulatorial	Folha Nº: 1/xx

1. INTRODUÇÃO

Descrição da rotina de Enfermagem relacionada à Internação ambulatorial.

2. OBJETIVO

Descrever, minuciosamente, a rotina da Enfermagem relacionada à internação dos pacientes no âmbito ambulatorial.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

4. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Imprimir, na aba de gestão a vista, a lista com o nome dos pacientes que serão internados ao longo do dia e aguardá-los chegar.	Técnico de Enfermagem
2	Receber o paciente direcionado pelo Enfermeiro após a triagem de Enfermagem e levá-lo para o consultório.	Técnico de Enfermagem
3	Colocar a pulseira de identificação, conforme orientação do Protocolo de Identificação do Paciente.	Técnico de Enfermagem
4	Verificar sinais vitais (peso, temperatura etc.) e encaminhar ao Médico.	Técnico de Enfermagem
5	Orientar o acompanhante para que faça a retirada de adornos de suas crianças (pulseiras, brincos, colares) e para que coloque nelas a camisola.	Técnico de Enfermagem
6	Realizar o <i>check list</i> de cirurgia segura no PEP.	Técnico de Enfermagem
7	Realizar a evolução detalhada do cuidado prestado.	Técnico de Enfermagem
8	Realizar a transição do cuidado. Caso o paciente não esteja internado no sistema, preencher o documento físico de transição do cuidado.	Técnico de Enfermagem
9	Solicitar leito junto ao NIR e confirmar a internação do paciente na Recepção.	Técnico de Enfermagem
10	Solicitar a equipe médica para realizar a prescrição, quando o paciente for encaminhado direto ao leito.	Técnico de Enfermagem
11	Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico, quando solicitado, checando o adequado preenchimento das documentações anteriores.	Técnico de Enfermagem
12	Solicitar o condutor e acompanhar o paciente até a unidade de Internação, caso disponibilize o leito antes da cirurgia.	Técnico de Enfermagem
13	Acolher o acompanhante e os pacientes devolvidos pelo Centro Cirúrgico, após os procedimentos que não necessitem internação.	Técnico de Enfermagem
14	Abrir e fechar os consultórios, bem como fazer a reposição dos impressos necessários e papel A4 na impressora.	Técnico de Enfermagem

5. SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

NIR – Núcleo de Regulação Interna

6. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

7. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.2 Protocolo da sala de curativo do Ambulatório

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo da Sala de Procedimentos do Ambulatório	Versão: xx
	Folha Nº: 1/xx

1. INTRODUÇÃO

A Sala de Procedimentos é um ambiente disponibilizado para atender pacientes que necessitam de atendimento de Enfermagem, no que tange a procedimentos como troca de gastrostomia ou de sondagem vesical de demora, retirada de pontos cirúrgicos e realização de curativos. Em caso de curativos, os pacientes serão acompanhados pela equipe através do plano terapêutico específico para cada quadro.

2. OBJETIVO

Oferecer condições adequadas para realização de procedimentos ambulatoriais, proporcionando um ambiente seguro e facilitador do processo de trabalho, assegurando atendimento humanizado e qualidade na assistência ao usuário.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças que necessitam de realização de procedimentos ambulatoriais.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Verificar a limpeza e organização da sala no início de cada turno.	Técnico de Enfermagem
2	Realizar limpeza nas superfícies e macas com produtos padronizados.	Técnico de Enfermagem
3	Substituir as soluções das almotolias, diariamente.	Técnico de Enfermagem
4	Verificar a data de validade dos materiais esterilizados e substituí-los, caso seja necessário.	Técnico de Enfermagem
5	Realizar, diariamente, reposição e conferência de materiais e medicamentos da Sala de Curativo.	Técnico de Enfermagem
6	Encaminhar a solicitação de materiais para o Assistente Administrativo.	Técnico de Enfermagem
7	Realizar a conferência e funcionalidade dos materiais permanentes e equipamentos.	Técnico de Enfermagem
8	Realizar o acolhimento da criança e do acompanhante, de forma a trazer a segurança e confiança.	Enfermeiro
9	Auxiliar o Enfermeiro durante a realização do procedimento.	Técnico de Enfermagem
10	Realizar o preparo dos insumos/materiais a serem utilizados, de acordo com os procedimentos.	Técnico de Enfermagem
11	Registrar os procedimentos realizados no PEP.	Enfermeiro
12	Após cada paciente, desprezar os resíduos dos curativos em recipiente adequado.	Enfermeiro
13	Limpar macas e superfícies.	Técnico de Enfermagem
14	Após a realização dos procedimentos, solicitar a equipe de higienização para realizar a limpeza da sala.	Técnico de Enfermagem
15	Manter a Sala de Curativo limpa e organizada, após cada procedimento.	Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.3. Protocolo de remoção de suturas

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de remoção de suturas	Versão: xx
	Folha Nº: 1/xx

1. INTRODUÇÃO

Para a remoção de suturas da pele de uma ferida operatória ou lesão é necessário a avaliação do tempo de sutura, tamanho, localização da incisão suturada, ausência de inflamação, exsudato e infecção.

2. OBJETIVO

Padronizar a retirada de suturas, mantendo um atendimento íntegro e unificado, visando a segurança do paciente e dos profissionais envolvidos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes que necessitam da remoção de suturas.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar material a ser utilizado: <ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento; • Luvas estéreis (quando não tiver pinças); • Kit de retirada de pontos; • Lâmina de bisturi; • Soro Fisiológico a 0,9% e <i>transfer</i> de soro ponta dupla; • Gazes estéril. 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Disponibilizar o material na mesa de apoio (auxiliar), próximo ao paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Acolher a criança e seu acompanhante, explicando o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Realizar a conferência da identificação do paciente, de acordo com o Protocolo de Identificação.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Confirmar prescrição médica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Proporcionar a privacidade ao paciente e posicioná-lo, confortavelmente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Realizar a paramentação adequada e fazer uso dos EPIs necessários (gorro, máscara, óculos e luvas de procedimento).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Avaliar a ferida, antes da retirada dos pontos (bordas afastadas, exsudato, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos).	Enfermeiro
11	Abrir o <i>kit</i> de retirada de ponto, limpar a linha de sutura para diminuir a quantidade de microrganismo presentes e reduzir o risco de infecção (técnica asséptica).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Cortar o fio de sutura, junto à superfície da pele, em um dos lados da parte visível da sutura.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
13	Remover a sutura, levantando e puxando a parte visível do fio para fora da pele.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
14	Remover pontos alternados, caso a ferida não esteja totalmente fechada, conforme prescrição médica e/ou avaliação.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

15	Higienizar a incisão, delicadamente, com compressas de gazes estéreis embebidas em clorexidina alcoólica a 0,5%. Após haver removido os pontos, ocluir com gaze e <i>micropore</i> /esparadrapo ou atadura.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
16	Orientar o acompanhante quanto aos cuidados com ferida a operatória.	Enfermeiro
17	Organizar o ambiente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
18	Encaminhar material para expurgo.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
19	Retirar as luvas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
20	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
21	Registrar no PEP a data, horário e característica da ferida (aspecto da incisão, sinais de complicações, curativo oclusivo).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
22	Notificar o NQSP, por meio do Formulário de Oportunidade De Melhoria, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.4. Protocolo de assistência aos portadores de feridas no ambulatório

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de assistência aos portadores de feridas no Ambulatório	Versão: xx
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

Ferida é qualquer lesão que interrompa a continuidade da pele, podendo atingir a epiderme, derme, tecido subcutâneo e/ou fáscia muscular, chegando a expor estruturas profundas.

A equipe de Enfermagem oferecerá uma assistência de excelência, visando atendimento humanizado e qualidade na assistência ao usuário.

2. OBJETIVO

Realizar a técnica de curativo, auxiliando o organismo a promover a cicatrização, eliminando os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão, diminuindo infecções cruzadas, por meio de técnicas e procedimentos adequados e ambiente ideal para reparação tecidual.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças que necessitam de tratamento para as feridas agudas ou crônicas.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Caso haja procedimento de curativo, realizar o preparo dos materiais a serem utilizados: <ul style="list-style-type: none"> • Pacote de curativo; • Gazes estéreis; • Solução fisiológica 0,9%; • Clorexidina degermante 2%; • Clorexidina alcoólica 0,5%; • Clorexidina aquosa 0,2%; 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

	<ul style="list-style-type: none"> • Seringa de 20 ml, se necessário; • Agulha 40x12; • Micropore/ esparadrapo; • Cobertura primária selecionada (conforme avaliação do enfermeiro); • Ataduras; • Compressa Estéril/Coxin; • Sonda Uretral, se necessário. 	
2	Preparar a sala e disponibilizar os materiais necessários, reunindo e colocando no carrinho de curativo os materiais a serem utilizados.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Confirmar no PEP o nome do paciente e procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Acolher a criança e seu acompanhante, explicando o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Conferir nome completo do paciente e orientá-lo sobre o procedimento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Posicionar o paciente, de acordo com a lesão a ser tratada.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Higienizar as mãos conforme técnica correta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Utilizar os EPIs com a seguinte paramentação: luva, máscara e gorro.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Abrir o pacote de curativo, usando técnica asséptica, tocando apenas na face externa do campo.	Enfermeiro
10	Selecionar a lesão a ser iniciado o procedimento. Caso o paciente possua mais de uma ferida, iniciar sempre pelas feridas menos contaminadas.	Enfermeiro
11	Retirar o curativo anterior, delicadamente, com a luva de procedimento ou pinça, observando o aspecto do curativo.	Enfermeiro
12	Umidificar com soro fisiológico as gazes que estão em contato direto com a ferida antes de removê-las.	Enfermeiro
13	Descartar o curativo anterior em saco plástico (lixeira infectante). Descartar a luva de procedimento utilizada na remoção do curativo.	Enfermeiro
14	Calçar a luva estéril, mesmo se utilizar pinças.	Enfermeiro
15	Realizar limpeza da pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica (se infectada, utilizar, posteriormente, clorexidina e remover com solução fisiológica).	Enfermeiro
16	Realizar limpeza da ferida, de acordo com a avaliação. Se presença de tecido de granulação, irrigar a lesão com solução fisiológica, em toda a sua extensão.	Enfermeiro

17	Se presença de tecido desvitalizado, irrigar a lesão ou limpar com gaze estéril embebida em solução fisiológica exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis. Se presença de infecção, irrigar a lesão ou limpar a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica (e antisséptico, se houver indicação). Posteriormente, remover todo o antisséptico com solução fisiológica. Se houver cavitação, utilizar sonda uretral para injetar solução fisiológica.	Enfermeiro
18	Secar a pele ao redor da ferida utilizar compressa estéril.	Enfermeiro
19	Colocar a cobertura primária sob a lesão, de acordo com a indicação (preencher a cavidade, se houver).	Enfermeiro
20	Colocar gazes sobre o curativo primário (se exsudativa, utilizar compressa ou coxin).	Enfermeiro
21	Deixar a criança confortável.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
22	Fixar o curativo com adesivo hipoalergênico ou enfaixar com atadura de crepe fixar com esparadrapo.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
23	Retirar os EPIs.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
24	Calçar as luvas de procedimento.	Técnico de Enfermagem
25	Realizar retirada do material do quarto ou consultório de curativo, mantendo a unidade organizada.	Técnico de Enfermagem
26	Realizar a desinfecção do carrinho, mesa auxiliar e maca, caso seja utilizada, com solução padronizado pela Instituição.	Técnico de Enfermagem
27	Retirar as luvas de procedimentos.	Técnico de Enfermagem
28	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
29	Realizar evolução do procedimento no PEP.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

Os registros deverão ter uma linguagem objetiva e mensurável, sendo fundamental que as informações permitam acompanhar a evolução das feridas. Eles deverão incluir o tipo de ferida, tempo de duração, localização e origem da ferida, dimensão da lesão, tipo de tecido, características do exsudato, pele peri-lesão, descrição do procedimento, dor ou queixas do paciente em relação ao procedimento.

Caso haja necessidade de realizar o desbridamento:

O desbridamento envolve a remoção de tecido não viável e de bactérias, para permitir a regeneração do tecido saudável subjacente. Durante o procedimento, é necessário evitar danos ao tecido de granulação.

Este procedimento deverá ser realizado pelo Enfermeiro, podendo executar o desbridamento autolítico, instrumental, químico e mecânico segundo Resolução COFEN nº 0501/2015.

Cada procedimento possui vantagens, desvantagens e indicações para o seu uso. A combinação das técnicas poderá ser o método mais eficaz para definir a melhor conduta, devendo ser avaliado caso a caso.

6. SIGLAS

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

8. ANEXOS

Não se aplica.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original</p> <p style="text-align: right;">xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou</p> <p style="text-align: right;">xx/xx/xxxx Data</p> <p>Gestor(es) do(s) processo(s)</p>
---	--	---

2.5 Protocolo de conferência dos materiais permanentes e de consumo – Ambulatório e Sala de Procedimento

<p>Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p><u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>	
<p>Setor: Ambulatório</p>	<p>Identificação: xxx</p>

Assunto:	Versão: xx
Protocolo de conferência dos materiais permanentes e de consumo – Ambulatório e Sala de Curativos	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

Para a execução dos serviços no Ambulatório e Sala de Procedimentos é necessária a conferência dos materiais permanentes e de consumo.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de conferência dos materiais permanentes e de consumo no Ambulatório e Sala de Procedimentos.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Assistente administrativo.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Verificar, na escala de atividades diárias, o responsável pela conferência dos materiais permanentes e materiais de consumo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Assistente Administrativo
2	Conferir, diariamente e em dois turnos (matutino e vespertino), os materiais permanentes dos setores, conforme a escala de atividades. Qualquer não-conformidade, comunicar ao Enfermeiro responsável pelo setor. No Ambulatório: preencher ficha de conferência dos materiais permanentes do Ambulatório; Na Sala de Procedimentos: preencher ficha de conferência de materiais permanentes - Ambulatório de Curativos. Armazenar os documentos, de acordo com a orientação de cada documento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Assistente Administrativo
3	Conferir o armário de materiais de consumo, 2 vezes na semana, um dia antes de realizar a solicitação do pedido e/ou quando necessário para reposição do estoque. No Ambulatório: preencher a ficha de previsão de materiais de consumo – Ambulatório Médico. Na Sala de Curativos: preencher a ficha de previsão de materiais de consumo – Ambulatório de Procedimentos. Armazenar os documentos, de acordo com a orientação de cada documento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

4	Ao término dos atendimentos, organizar consultórios e repor impressos, sempre que necessário. Os resíduos deverão ser retirados pela equipe do Serviço de Higienização.	Técnico de Enfermagem/ Assistente Administrativo
5	Quinzenalmente: Retirar todos os produtos/artigos dos armários da Sala de Procedimentos e da Sala de Apoio do Ambulatório para realização da limpeza terminal pela equipe do Serviço de Higienização. Após a limpeza, realizar a identificação dos armários com a data da limpeza, horário e profissional que realizou. Retirar todas as caixas organizadoras/recipientes e encaminhá-las para higienização na CME. Período vespertino: Buscar recipientes/caixas organizadoras na CME e reorganizar os armários.	Técnico de Enfermagem/ Assistente Administrativo/ Auxiliar de Higienização
6	Mensalmente: Retirar todos os produtos/ artigos dos gaveteiros de todos os consultórios para realização da limpeza terminal pela equipe do Serviço de Higienização. Identificar gaveteiros com data da limpeza, horário e profissional que realizou.	Assistente Administrativo/ Auxiliar de Higienização
7	Conferir o prazo de validade, integridade da embalagem e outros fatores que possam interferir na qualidade dos insumos e materiais. Caso a embalagem esteja danificada, providenciar a reposição do material.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar as solicitações dos insumos para o Setor de Almoxarifado, de acordo com o fluxo estabelecido por ele. As solicitações à Farmácia não possuem restrições de horário.	Enfermeiro/ Assistente Administrativo
9	Receber o material solicitado, realizar a conferência de todos os itens e armazenar em local apropriado, certificando a data de validade. Caso tenha divergência, comunicar ao Enfermeiro do setor.	Técnico de Enfermagem/ Assistente Administrativo
10	Conferir os materiais recebidos e guardá-los em local apropriado, certificando a data de validade e comunicar as não conformidades ao Enfermeiro do setor (solicitações não atendidas e/ou divergentes).	Técnico de Enfermagem/ Assistente Administrativo

6. SIGLAS

CME - Centro de Material e Esterilização

7.DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.6 Protocolo de desinfecção de estetoscópio e termômetro

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório/ Internação/ Enfermarias/ UTI/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de desinfecção de estetoscópio e termômetro	Versão: xx
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

Instituir condutas de desinfecção de baixo nível em estetoscópio e termômetro.

2. OBJETIVO

Padronizar a rotina de Enfermagem nas desinfecções dos estetoscópios e termômetros, estabelecendo a manutenção e maior durabilidade dos aparelhos.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar o material: <ul style="list-style-type: none"> Álcool 70%; 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

	<ul style="list-style-type: none"> • Bolas de algodão; • Luvas de procedimento. 	
2	Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta, e colocar luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Umedecer as bolas de algodão em álcool a 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Proceder à desinfecção, realizando fricção por 3 vezes nas olivas e extensão do estetoscópio e/ou termômetro.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Armazenar em local apropriado, conforme rotina da unidade. Paciente em isolamento manter em leito (uso restrito).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Descartar luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

OBSERVAÇÃO:

Se o estetoscópio ou termômetro passarem a ser artigo semicrítico ou crítico (em caso de contaminação com matéria orgânica, paciente em isolamento, imunodeprimidos ou com lesão de pele), este deverá seguir o protocolo para limpeza e desinfecção desse tipo de material.

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC. 6.ed. São Paulo: Manole, 2013.

MOZACHI, N.; SOUZA, V.H.S. O hospital: manual do ambiente hospitalar. 8ª Edição. Editora Manual Real. Curitiba, 2007.

8. ANEXOS

8.1. Classificação dos artigos segundo Spaulding:


- **Artigos não críticos:** produtos utilizados em pacientes com pele íntegra e até mesmo aqueles que não entram em contato direto com o paciente. Nesse tipo de material é necessário apenas limpeza e/ou desinfecção de baixo nível entre um uso e outro. Exemplo: termômetros, manguitos do esfigmomanômetro, estetoscópio, sensor de oxímetro de pulso, garrote.

- **Artigos semicríticos:** produtos que entram em contato com mucosas íntegras colonizadas e exigem uma desinfecção de alto nível. Se um artigo não crítico entra em contato com mucosa íntegra colonizada, deverá ser submetido, também, a desinfecção de alto nível. A esterilização não é obrigatória.
- **Artigos críticos:** produtos utilizados em procedimentos invasivos com penetração em pele e em mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular. É obrigatória a esterilização desses produtos.

Categoria de risco	Nível recomendado de descontaminação	Exemplos de produtos para saúde
Alto (crítico) Itens envolvidos na quebra da barreira da pele ou membrana mucosa ou que adentram uma cavidade corporal estéril	Esterilização	Instrumentos cirúrgicos, implantes/próteses, endoscópios rígidos, seringas, agulhas
Intermediário (semicrítico) Itens em contato com membranas mucosas ou fluidos corporais	Desinfecção (alto nível)	Produtos para assistência respiratória, endoscópios flexíveis não-invasivos, comadres, papagaios
Baixo (não-crítico) Itens em contato com pele intacta	Limpeza (visivelmente limpo)	Manguito do esfigmomanômetro, estetoscópios

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.7 Protocolo de verificação de sinais vitais

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório/ Internação/ Enfermarias/ UTI/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de verificação de sinais vitais	Versão: xx

1. INTRODUÇÃO

Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo, evidenciando o funcionamento e as alterações da função corporal.

A frequência da sua verificação, bem como as suas anotações, deve ser de acordo com a prescrição médica e/ou de enfermagem, e varia conforme a condição clínica do paciente.

2. OBJETIVO

Padronizar o cuidado de Enfermagem ao paciente que necessita da mensuração dos sinais vitais, auxiliando no diagnóstico e tratamento, bem como no acompanhamento da evolução da doença.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
Avaliando a Temperatura		
1	Realizar higienizar das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Preparar o material: <ul style="list-style-type: none"> • Esfigmomanômetro e estetoscópio; • Oxímetro; • Termômetro; • Relógio com ponteiros de segundo; • Canetas; • Recipiente com bolas de algodão; • Almotolia com solução alcoólica a 70%. Se for em paciente de precaução de contato, utilizar almotolia com álcool do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente, de acordo com o Protocolo de Identificação. Perguntar para o paciente e/ou acompanhante o nome completo e a data de nascimento, conferindo os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

5	Fazer desinfecção do termômetro com bola de algodão embebida em solução alcoólica a 70%, no sentido pedúnculo/bulbo, se estiver utilizando o termômetro axilar digital. Caso esteja utilizando o termômetro com infravermelho, não utilizar produto alcoólico no sensor.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Deixar o cliente em posição confortável (sentado ou deitado).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Termômetro axilar: Colocar o termômetro diretamente na região axilar, deixando o bulbo em contato com a pele e a mão do paciente sobre o abdome. Termômetro infravermelho: Direcionar a luz para a fonte do paciente, cuidando para não direcionar a luz nos olhos da criança.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Retirar o termômetro, segurando-o pelo pedúnculo, e fazer a leitura na altura dos olhos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Se o termômetro for descartável, realizar desinfecção com bola de algodão embebida em solução alcoólica a 70% e descartar com 7 dias.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Se o termômetro for digital, realizar desinfecção com bola de algodão embebida em solução alcoólica a 70%, ligar o termômetro e aguardar zerar para, em seguida, colocar no paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Caso termômetro digital axilar, na impossibilidade de medir a temperatura na região axilar, utilizar as regiões inguinal, retal e bucal.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Na verificação de temperatura bucal, o bulbo do termômetro deverá ficar sob a língua.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Na verificação de temperatura retal, o bulbo do termômetro deverá ser lubrificado e introduzido 2 cm no ânus. Proceder à limpeza e desinfecção do termômetro.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	A temperatura obtida nas regiões bucal e retal devem ser anotadas, especificando a região de verificação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Colocar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Registrar o valor obtido em PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Avaliando a Frequência Cardíaca		
1	Contagem manual: Colocar os dedos indicador, médio e anelar da mão direita sobre a artéria, fazendo leve pressão (evitar a compressão da artéria) e começar a contar, quando as pulsações forem perceptíveis. Aferição pelo oxímetro: Instalar o aparelho de oxímetro, de acordo com o tamanho da criança, e aguardar o resultado obtido. Registrar a frequência cardíaca e oximetria coletada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Contar os batimentos durante 60 segundos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Colocar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

4	Realizar higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Registrar o valor obtido em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Avaliando a Frequência Respiratória		
1	Colocar a mão no pulso do paciente, simulando verificar o pulso.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Observar os movimentos de inspiração e expiração (elevação do tórax), os dois movimentos somam um movimento respiratório.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Colocar o cliente em posição confortável e a unidade em ordem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Realizar higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Registrar o valor obtido no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Avaliando a Pressão Arterial		
1	Deixar o paciente deitado ou sentado, com o braço ao nível do coração.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Colocar o manguito (de acordo com o tamanho da criança) a 3 cm, aproximadamente, acima da fossa cubital, de modo que não fique muito apertado nem frouxo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Fazer desinfecção das olivas e diafragma do estetoscópio com bola de algodão embebida em solução álcool. Em pacientes inconscientes e sem pulsação periférica, insuflar, imediatamente, até 200mmHg de pressão no manguito e proceder a verificação. Caso a pressão não seja audível, desinsuflar e, imediatamente, insuflar até 250mmHg. Ocorrendo o mesmo, proceder da mesma forma, indo até 300mmHg.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Manual: Localizar com os dedos a pulsação da artéria radial, fechar a válvula de controle de pressão e insuflar a pêra até não mais sentir pulsação (valor de pressão a ser colocada no manguito). Monitor: Caso utilize o esfigmomanômetro do monitor, instalar o manguito com o tamanho específico para a idade do paciente, apertar o botão para iniciar a insuflação e verificar a Pressão arterial amostrada no monitor.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Lentamente, abrir a válvula e observar no manômetro o ponto em que é ouvido o primeiro batimento (pressão sistólica), e o ponto em que o som é ouvido por último (pressão diastólica).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Retirar o ar. Em caso de dúvida, repetir a operação 1 minuto após, para confirmar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

8	Retirar todo o ar do manguito e retirá-lo do braço do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com bola de algodão embebida em solução alcoólica à 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Verificar a pressão arterial no menor tempo possível a fim de impedir congestão venosa, pois o manguito age com um torniquete.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Retirar, totalmente, o ar do manguito e nunca reinsuflá-lo durante a verificação de pressão arterial.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Colocar o paciente em posição confortável e a unidade em ordem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Realizar higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Registrar o valor obtido no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POTTER, PA.; PERRY. A.G. Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PRADO, M.L.; GELBERCKE, F.L. Fundamentos de Enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.


SMELTZER, S.C.; BARE, B G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.8 Protocolo de eletrocardiograma

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório/ Internação/ Enfermarias/UTI/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de eletrocardiograma	Versão: xx
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

O eletrocardiograma é um registro da atividade elétrica do coração sobre papel milimétrico, em que a magnitude horizontal representa a velocidade ou o tempo e a magnitude vertical representa a voltagem.

2. OBJETIVO

Padronizar a rotina de Enfermagem na realização do exame de eletrocardiograma, garantindo um resultado fidedigno, sem intercorrências e garantindo a segurança do paciente.

3. PÚBLICO-ALVO

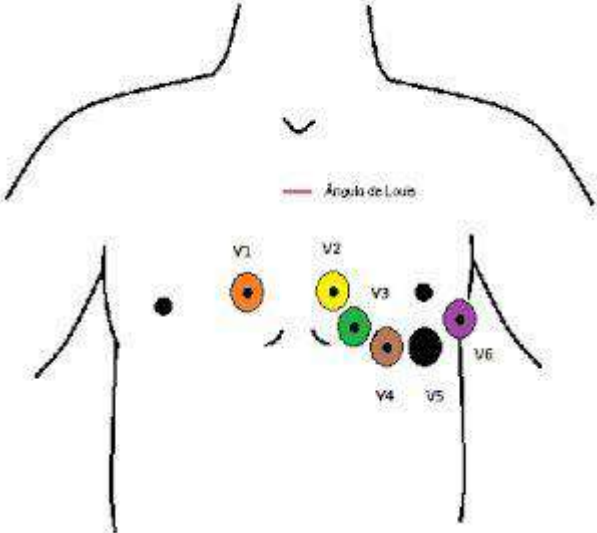
Pacientes pediátricos e adolescentes.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar o material: <ul style="list-style-type: none"> • Eletrocardiógrafo; • Eletrodos/pera; • Álcool 70%; • Gel condutor; • Gazes. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente, de acordo com o Protocolo de Identificação. Perguntar o nome completo e a data de nascimento. Conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

4	Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Solicitar que afaste do paciente, todos os pertences, tais como, celular, cinto, chave, moeda.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Colocar paciente em decúbito dorsal.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Colocar os eletrodos periféricos nos membros do paciente, localizados de acordo com a cor: RA: Braço Direito (<i>Right Arm</i>); LA: Braço Esquerdo (<i>Left Arm</i>); LL: Perna Esquerda (<i>Left Leg</i>); RL: Perna Direita (<i>Right Leg</i>).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Colocar os eletrodos precordiais na região precordial do paciente, de acordo com a indicação: V1: No quarto espaço intercostal, na margem direita do esterno; V2: No quarto espaço intercostal, na margem esquerda do esterno; V3: A meio caminho entre os eletrodos V2 e V4; V4: No quinto espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular (baixa a partir do ponto médio da clavícula); V5: No mesmo nível que o eletrodo V4, na linha axilar anterior (baixa a partir da prega axilar anterior); V6: No mesmo nível que os eletrodos V4 e V5, na linha axilar média (baixa a partir do ponto médio da axila).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
		
9	Se o paciente tiver um membro amputado, o eletrodo correspondente será colocado no coto do membro, ou na sua falta, deverá ser colocado na região mais próxima do tronco (ombros ou região abdominal inferior).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Limpar a pele do paciente, utilizando gazes umedecida em álcool 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Identificar o exame com a ficha descrita como laudo de exame de eletrocardiograma.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

12	Registrar a realização do procedimento no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
-----------	--	-----------------------------------

6. SIGLAS

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Conselho Regional de Enfermagem do Goiás - CORENGO. Parecer Técnico nº 29/2016 – exclusividade do enfermeiro para realização de eletrocardiograma. Goiânia, 2016.

8. ANEXOS

Não se aplica.

<p>Elaborado por:</p> <p style="text-align: right;">Nome de quem elaborou o documento na versão original</p> <p style="text-align: right;">xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p style="text-align: center;">Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p style="text-align: right;">Nome de quem autorizou</p> <p style="text-align: right;">Gestor(es) do(s) processo(s)</p> <p style="text-align: right;">xx/xx/xxxx Data</p>
---	---	--

2.9 Protocolo de coleta de material para urocultura

<p>Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p><u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>	
<p>Setor: Ambulatório/ Internação/ Enfermarias/UTI/ Emergência/ Centro Cirúrgico</p>	<p>Identificação: xxx</p>
<p>Assunto: Protocolo de coleta de material para urocultura</p>	<p>Versão: xx</p>
	<p>Folha Nº: 1/x</p>

1. INTRODUÇÃO

O exame de urocultura, também conhecido como cultura de urina, é um dos principais tipos de exames de urina e consegue identificar qual tipo de bactéria está ocasionando determinadas infecções.

2. OBJETIVO

Padronizar a coleta de material para urocultura e garantir a qualidade da amostra coletada.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Higienizar as mãos e reunir material: <ul style="list-style-type: none"> • Frasco estéril para acondicionamento do material; • Gaze estéril; • Saco coletor aberto; • Um recipiente com água e outro com sabão; • Etiqueta de identificação. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Conferir identificação do paciente, de acordo com o Protocolo de Identificação. Perguntar nome completo e data de nascimento, bem como conferir os dados de acordo com a pulseira e placa de identificação do leito. Explicar o procedimento ao paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Higienizar a área perineal com água e sabão, enxaguar e secar completamente. Iniciar a limpeza pela região peri uretral e introito vaginal, com gaze embebida em água e sabão neutro, seguindo-se os pequenos e grandes lábios e região perineal. Repetir o procedimento 3 vezes. Retirar o excesso de sabão com gaze embebida em água. Secar com outra gaze.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Orientar colher a urina em frasco estéril, desprezando o primeiro jato e mantendo os pequenos lábios separados durante a coleta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Rotular, adequadamente, o frasco com nome completo do paciente, data de nascimento e número do prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Identificar a amostra com data e horário da coleta, tipo de amostra e volume coletado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Registrar no PEP o procedimento, assim como as características da urina coletada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Coleta em meninos		
1	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Reunir o material: <ul style="list-style-type: none"> • Frasco estéril para acondicionamento do material; • Gaze estéril; • Saco coletor aberto; • Um recipiente com água e outro com sabão; • Etiqueta de identificação. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

3	Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Caso paciente ambulatorial: Orientar o paciente e acompanhante a coletar a primeira urina da manhã ou com estase urinária mínima de 4 horas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Orientar a higienização da glândula com água e sabão, tracionando o prepúcio. Enxaguar com água comum.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Desprezar o primeiro jato da urina.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Coletar de 5 a 10ml do jato médio no frasco e tampá-lo, imediatamente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Rotular, adequadamente, o frasco com nome completo do paciente, data de nascimento e número do prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Identificar a amostra com data e horário da coleta, tipo de amostra e volume coletado. Encaminhar para o laboratório.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Registrar em prontuário o procedimento, assim como as características da urina coletada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Coleta em criança sem controle de esfíncter		
1	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Reunir o material: <ul style="list-style-type: none"> • Frasco estéril para acondicionamento do material; • Gaze estéril; • Saco coletor aberto; • Um recipiente com água e outro com sabão; • Etiqueta de identificação. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Paramentar-se com os EPIs: gorro, máscara, óculos, capote e luva de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Fazer uso de saco coletor masculino ou feminino.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Fazer higienização prévia do períneo, coxas e nádegas com água e sabão neutro.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Caso não haja micção, o saco coletor deverá ser trocado a cada 30 minutos, repetindo-se a higienização da área perineal e genital.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Colocar a urina em frasco estéril.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Realizar descarte do EPI.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

11	Rotular adequadamente o frasco com nome completo do paciente, data de nascimento e número do prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Identificar a amostra com data e horário da coleta, tipo de amostra e volume coletado. Encaminhar para o laboratório.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Registrar no PEP o procedimento, assim como as características da urina coletada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Coleta em pacientes com cateterismo vesical intermitente		
1	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro
2	Realizar procedimento de coleta através da sondagem vesical de alívio.	Enfermeiro
3	Explicar o procedimento ao paciente e para o acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Colocar a urina em frasco estéril.	Enfermeiro
5	Realizar descarte do EPI.	Enfermeiro
6	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro
7	Rotular, adequadamente, o frasco com nome completo do paciente, data de nascimento e número do prontuário.	Enfermeiro
8	Identificar a amostra com data e horário da coleta, tipo de amostra e volume coletado. Encaminhar para laboratório.	Enfermeiro
9	Registrar no PEP o procedimento, assim como as características da urina coletada.	Enfermeiro
Coleta em pacientes cateterizados		
1	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro
2	Reunir o material: bola de algodão embebida em solução alcoólica a 70%, agulha 40x12, seringa de 20ml e frasco estéril para acondicionamento do material.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante.	Enfermeiro
4	Paramentar-se com gorro, máscara, óculos e luva de procedimento.	Enfermeiro
5	Fechar o sistema de drenagem por cerca de 30 minutos antes da coleta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Realizar a desinfecção do local da coleta com álcool a 70%.	Enfermeiro
7	Puncionar e aspirar 5 a 10ml de urina, utilizando seringa e agulha.	Enfermeiro

8	Colocar a urina em frasco estéril.	Enfermeiro
9	Realizar descarte do EPI.	Enfermeiro
10	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro
11	Rotular adequadamente o frasco com nome completo do paciente, data de nascimento e número do prontuário.	Enfermeiro
12	Identificar a amostra com data e horário da coleta, tipo de amostra e volume coletado. Encaminhar para laboratório.	Enfermeiro
13	Registrar em prontuário o procedimento, assim como as características da urina coletada.	Enfermeiro

6. SIGLAS

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


DOENGES, M.E; MOORHOUSE, M.F; GEISSLER, A.C. Planos de Cuidados de Enfermagem. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.10 Critérios para alta ambulatorial

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório	Identificação: XXX

Assunto: Critérios para alta ambulatorial	Versão: xx
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

A alta dos pacientes ambulatoriais deverá ser realizada com base no perfil, estrutura institucional e capacidade de intervenções terapêuticas, planejando um processo e transferência de cuidado da unidade ambulatorial para outras ou alta médica, disponibilizando condições para continuidade do cuidado.

OBJETIVO

Padronizar os critérios de alta dos pacientes ambulatoriais.

2. PÚBLICO-ALVO

Pacientes que necessitam de alta ambulatorial.

3. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico.

4. PROCEDIMENTO

4.1 Geral

As condições de alta baseiam-se em:

- I) Orientar o paciente e acompanhante, fortalecendo o plano de cuidado a ser realizado em casa;
- II) Realizar conexão com a rede SUS, em especial a Atenção Básica;
- III) Introduzir meios para a desospitalização, com foco em alternativas que visem cuidados domiciliares e ajustados com a Rede de Atenção Básica à Saúde.

As altas dos pacientes ambulatoriais deverão levar em conta:

- Diagnóstico e necessidades do paciente;
- Serviços médicos disponíveis na Instituição.

4.2 Responsabilidades

4.2.1 Enfermagem

Os pacientes em acompanhamento de curativos na unidade ambulatorial que estiverem em condições de alta deverão ser orientados, por meio da prescrição de Enfermagem, quanto às coberturas necessárias para a realização dos curativos.

4.2.2 Médico

- Registro de alta: Ao finalizar o atendimento, o Médico deverá dar alta no PEP.
- Documentos: Se necessário, o Médico é responsável por entregar os documentos de referência e contrarreferência, APAC, atestado médico, receituário simples/especial etc.

5. SIGLAS

APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

6. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

7. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.11 Admissão do paciente no Hospital Dia proveniente do Centro Cirúrgico

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Admissão do paciente no Hospital Dia proveniente do Centro Cirúrgico	Versão: 00
	Folha N°: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Objetiva assegurar a admissão do paciente proveniente do Centro Cirúrgico, em pós-operatório imediato para o setor de origem.

2. OBJETIVO

Detectar riscos e complicações em pacientes no período pós-operatório imediato, decorrentes de atos cirúrgicos.

3. PÚBLICO-ALVO

Todos os pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Checar PEP e prescrição médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	O Centro Cirúrgico encaminhará o paciente ao leito de origem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Registrar no PEP e livro de ordens e ocorrências o horário de chegada do paciente ao setor de origem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Observar as condições gerais do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Checar pulseira de identificação, conferindo nome completo, data de nascimento e nome da mãe.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Administrar medicação, nos casos de prescrição médica pós-operatória, e checar no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Retirar o acesso venoso dos pacientes em pós-operatório, quando necessário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Confirmar dieta no PEP e oferecer lanche aos pacientes com dieta liberada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Orientar o paciente e acompanhante a trocar a roupa.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Registrar no PEP e livro de ordens e ocorrências o horário de saída de alta do paciente do Hospital.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Chamar o condutor para levar paciente e acompanhante até a saída.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Condutor
12	Entregar ao paciente a receita médica e as orientações de retorno com data do retorno para revisão.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Médico

6. SIGLAS

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. Barueri: Manole, 2007.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

2.12 Protocolo preparo do paciente do Hospital Dia no pré-operatório

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório	Identificação: 000
Assunto: Protocolo preparo do paciente do hospital dia no pré-operatório	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Consiste nos cuidados de enfermagem aos pacientes em preparo para submeter-se à cirurgia.

2. OBJETIVO

Garantir a segurança de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, visando à redução de eventos adversos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos para realizar procedimentos cirúrgicos.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar o paciente para o ato cirúrgico.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Providenciar material: <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário e exames; • Pijama cirúrgico; • Gorro; • Pro pé; • Lençol. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Verificar jejum.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Administrar e checar medicação prescrita.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Confirmar pulseira de identificação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Confirma procedimento e horário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Em caso de alteração nos sinais vitais, quebra do jejum ou falta de exames comunicar ao Centro Cirúrgico.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Diminuir o risco de suspensão da cirurgia.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Chamar condutor para encaminhar criança até o Centro Cirúrgico.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Conferir assinatura dos termos de autorização.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Relatar tudo no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Relatar eventos adversos ao NQSP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


CARVALHO, R.; BIANCHI, E.R.F. Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. Barueri: Manole, 2007.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.13 Pesagem de pacientes neonatais e pediátricos

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório/ UTI/ Centro Cirúrgico/ Internações/ Enfermarias/ Hospital Dia	Identificação: 000
Assunto: Pesagem de pacientes neonatais e pediátricos	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

Mensuração do peso corporal por meio de balança.

2. OBJETIVO

Auxiliar na avaliação do estado nutricional, avaliar edemas, sinais de desidratação e perda ponderal, obter parâmetro para administração de medicamentos e auxiliar na correção de distúrbios hidroeletrólíticos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes neonatais e pediátricos que necessitam de pesagem, conforme indicação médica ou de enfermagem.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Providenciar material: • Luvas de procedimento;	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

	<ul style="list-style-type: none"> • Álcool 70%; • Compressa não estéril; • Balança pediátrica com proteção lateral; • Balança antropométrica; • Tecido/papel toalha. 	
2	Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao paciente e/ou familiar. Obter o consentimento para realizar o exame físico.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Desligar o ar-condicionado.	Téc. de Enfermagem
4	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Reunir os materiais necessários e encaminhá-los ao consultório de triagem (Ambulatório ou sala de pesagem nas unidades de Internação).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Colocar os materiais sob a mesa de cabeceira, mesa auxiliar, suporte da incubadora ou suporte do berço aquecido.	Téc. de Enfermagem
7	Instalar a balança em superfície plana, lisa e firme, próxima ao leito.	Téc. de Enfermagem
8	Higienizar a balança, utilizando compressa não estéril embebida em álcool 70%.	Téc. de Enfermagem
9	Conectar a balança à tomada, atentando-se à voltagem correta (220 V). Ligar a balança.	Téc. de Enfermagem
10	Higienizar as mãos.	Téc. de Enfermagem
11	Forrar a superfície da balança neonatal com tecido ou papel e, em seguida, tarar a balança.	Téc. de Enfermagem
12	Organizar, previamente, material de assistência ventilatória, caso o paciente esteja em suporte respiratório.	Téc. de Enfermagem
13	Calçar as luvas de procedimento.	Téc. de Enfermagem
14	Retirar roupas, fraldas ou materiais (coxins, sensores, toucas) que possam prejudicar a aferição correta do peso.	Téc. de Enfermagem
15	Atentar-se para dispositivos invasivos (tubo endotraqueal, cateter venoso, cateter vesical etc.) a fim de evitar tração acidental.	Téc. de Enfermagem
16	Envolver o paciente neonatal/lactente em lençol limpo e seco, anteriormente tarado junto à balança.	Téc. de Enfermagem
17	<p>Posicionar o paciente na balança.</p> <p>RN/lactente: Acomodar o RN/lactente na balança, em decúbito dorsal, garantindo que todo o corpo esteja disposto no centro da bandeja do equipamento; Manter mãos firmes, contendo-o por alguns segundos para que não se desorganize; Retirar as mãos, segurar dispositivos para cima e observar o peso.</p> <p>Pediátrico: Acomodar a criança no centro da balança antropométrica,</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

	posicionando-a de costas para o equipamento, trajando o mínimo de roupa possível e descalça. Manter o paciente parado, na posição ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.	
18	Recompor o paciente, colocando-o em posição confortável, adequada e segura.	Téc. de Enfermagem
19	Retirar as luvas de procedimento.	Téc. de Enfermagem
20	Desligar a balança e realizar a limpeza prévia, utilizando compressa com água e sabão e, em seguida, aplicar álcool 70%.	Téc. de Enfermagem
21	Dar destino adequado aos materiais e encaminhar os descartáveis ao expurgo.	Téc. de Enfermagem
22	Higienizar as mãos.	Téc. de Enfermagem
23	Proceder às anotações de Enfermagem, constando: valor do peso corporal, intervenções realizadas, ocorrências adversas e medidas tomadas.	Téc. de Enfermagem
24	Realizar o peso da criança e RN na admissão e semanalmente, e sempre que for necessário.	Téc. de Enfermagem

6. SIGLAS

RN – Recém-nascido

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Método canguru: diretrizes do cuidado [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2018.

MARCONDES, E. *et al.* Pediatría Básica. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança. Brasília. 6.ed. 2009.

Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG. Procedimento operacional padrão – POP: Pesagem do recém-nascido e pediátrico, p.5, 2016.

8. ANEXOS




Fonte: Revista de pediatria SOPERJ



Fonte: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original</p> <p>xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou</p> <p>Gestor(es) do(s) processo(s)</p> <p>xx/xx/xxxx Data</p>
--	--	--

2.14 Protocolo de Admissão no Hospital Dia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório/ Hospital dia	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Admissão no Hospital Dia	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Admitir os pacientes que requeiram a permanência na unidade por um período máximo de 12 horas.

2. OBJETIVO

Oferecer assistência intermediária entre a Internação e o atendimento ambulatorial para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes que requeiram a permanência na unidade por um período máximo de 12 horas.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Internação.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Providenciar material: <ul style="list-style-type: none"> • PEP; • Pulseira de identificação; • Esfignomanômetro; • Estetoscópio; • Termômetro digital; • Relógio de pulso; • Algodão; • Álcool 70%. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Encaminhar o paciente e acompanhante ao leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Colocar em livro de admissão de ordens e ocorrências (se houver no local), o nome completo e o número de registro do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

4	Orientar os pais às quanto normas e rotinas da Instituição.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Internação
5	Preencher a pulseira de identificação com nome completo, número de registro e data de nascimento.	Internação
6	Colocar no paciente a pulseira de identificação preenchida, com nome completo, data de nascimento, nome da mãe e número do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Realizar anamnese;	Enfermeiro
8	Verificar e registrar sinais vitais.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Conferir e checar prescrição no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Confirmar jejum, orientar com relação a retirada de vestimentas, colocação de camisola e retirada de próteses (se houver) e adornos nos pacientes cirúrgicos. Informar à equipe do Centro Cirúrgico, parâmetros elevados de pressão arterial e glicemia capilar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Assegurar que o paciente não apresente efeitos adversos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Realizar SAE e avaliação de Enfermagem.	Enfermeiro

6. SIGLAS

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, processo e Prática. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 2006.


PRADO, M.L.; GELBECKE, F.L. Fundamentos de Enfermagem. 2 ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002

8. ANEXOS

Não aplicável.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Data</p> <p>Gestor(es) do(s) processo(s)</p>
---	---	---

2.15 Protocolo de Alta no Hospital Dia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Ambulatório/ Hospital dia	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Alta no Hospital Dia	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

É a saída do paciente da unidade de Internação no regime de Hospital Dia, após procedimento realizado.

2. OBJETIVO

Descrever o processo de alta do paciente após finalização do procedimento, por meio de Internação nos leitos do Hospital Dia.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes que internaram no Hospital Dia.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Providenciar material: <ul style="list-style-type: none"> • PEP; • Receituário médico. 	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
2	Confirmar liberação médica.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
3	Verificar orientação médica para retorno e confirmar se o paciente e acompanhante entenderam as orientações.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
4	Retirar pulseira de identificação.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
5	Anotar saída do paciente no PEP com o horário e condições clínicas do paciente e em livro de ordens e ocorrências (se houver).	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
6	Retirar do sistema o nome do paciente para liberação do leito.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
7	Comunicar a higienização para realizar a limpeza terminal.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem

6. SIGLAS

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

MOTTA, A. L. C. Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem. 6 ed. Tatuapé: Iátria, 2011.

8. ANEXOS

Não aplicável.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Gestor(es) do(s) processo(s) Data</p>
---	---	---

Estes documentos serão revistos conforme periodicidade do Sistema de Gestão da Qualidade, e/ou ajustes forem necessários e novos protocolos assistenciais instituídos, conforme demanda e necessidade da Instituição.

- **Rotina de Enfermagem na Urgência**

1. Conceito de Unidade de Urgência e Emergência

A unidade de Urgência e Emergência é destinada a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

1.1. Responsáveis

- Supervisor de Enfermagem da Urgência e Emergência;
- Enfermeiro assistencial.
- Técnico de Enfermagem.

1.2. Solicitação de insumos e medicamentos

A solicitação de insumos será realizada pelo Técnico de Enfermagem, via sistema, o que gerará uma Ordem de Serviço de forma individualizada. A Ordem de Serviço será atendida pela Farmácia.

A solicitação de medicamentos dar-se-á por meio da prescrição médica, via sistema. Em situações emergenciais, onde há risco eminente de morte, a equipe realizará a abertura do carrinho de emergência e, após a finalização da intercorrência, será feita a reposição, por meio da prescrição individualizada.

1.3. Controle da temperatura da geladeira

A checagem da temperatura da geladeira deverá ser realizada diariamente pela equipe técnica de Farmácia, com vistas a garantir a eficácia dos medicamentos armazenados.

1.4. Controle da checagem do cardioversor e carro de emergência

A checagem do cardioversor/desfibrilador deverá ser realizada pelo Enfermeiro assistencial a cada 12 horas e deverá ser fixada no caderno de controle de testes do aparelho.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência serão checados 1 vez por semana e/ou após a abertura dele. A conferência será feita por um Técnico de Enfermagem e por um Técnico de Farmácia. O registro da conferência deverá ser realizado em documento específico e, após a conferência, as gavetas deverão ser lacradas com lacre padronizado pela Instituição. Será realizada, também, a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência - tais como funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina) e presença do lacre -, devendo todos serem anotados no caderno para validação dos equipamentos.

1.5. Controle de psicotrópicos

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados na unidade de Urgência será feito pelo Enfermeiro assistencial e sua dispensação será realizada em meio eletrônico.

1.6. Controle de materiais e equipamentos

O controle de materiais da unidade, bem como a entrega e a busca, será feito por um Técnico de Enfermagem, que registrará em documento próprio do setor.

O controle deverá ser realizado diariamente, respeitando os horários estabelecidos pela Central de Material e Esterilização - CME.

O material sujo deverá ser organizado e acondicionado em carro próprio/exclusivo para o transporte e encaminhado ao expurgo da CME.

A solicitação de material limpo ao colaborador da CME acontecerá por meio do formulário de solicitação de materiais estéreis.

O controle de materiais permanentes/equipamentos será realizado diariamente pelo Técnico de Enfermagem, por meio de uma planilha própria do seto

O colaborador da unidade de Urgência manterá, no setor, as quantidades já definidas diante da demanda.

1.7. Admissão de pacientes

O HECAD é regulado pela Central de Regulação Estadual - CRE, sendo referência para os pacientes da UPA, SAMU e rede hospitalar que necessitem de internação.

Além das regulações, o HECAD, também, dispõe de atendimentos de Urgência e Emergência, por meio de demanda espontânea. Os pacientes advindos da demanda espontânea deverão ser direcionados para Classificação de Risco (Manchester), onde será feita a avaliação dos sinais e sintomas para averiguação da gravidade do quadro. Cabe salientar que o atendimento do HECAD é direcionado para o perfil de gravidade de média e alta complexidade.

A admissão do paciente acontecerá conforme Protocolo na unidade de Urgência e Emergência. Após a chegada do paciente, ele será transferido da maca do resgate para a maca do setor, pela equipe de Enfermagem, Fisioterapia, maqueiros e equipe médica.

Após a acomodação do paciente na maca, ele será avaliado e monitorado pela equipe de Enfermagem. Diante do quadro clínico do paciente serão tomadas as condutas médicas para posterior decisão clínica.

O Enfermeiro realizará a Classificação de Risco, a avaliação do paciente e a colocação da pulseira, de acordo com a gravidade. A identificação do paciente será

fixada em bolsão de acrílico localizado na cabeceira do leito. Neste momento, também, será colocada a pulseira de identificação do paciente.

Os registros da admissão serão feitos no PEP, onde toda equipe assistencial realizará suas evoluções.

1.8 Alta melhorada

Após ter seu atendimento prestado e ter sua situação resolvida ou controlada, o Médico assistencial realizará a alta do paciente.

Após a confirmação da alta, a equipe de Enfermagem realizará os cuidados prescritos e realizará o chamado para o maqueiro. Em seguida, o Serviço Social realizará as orientações finais e o maqueiro realizará o transporte do paciente até a Recepção, que confirmará a alta hospitalar.

1.9. Alta por óbito

A alta por óbito dar-se-á após a constatação do óbito pelo Médico plantonista, seguindo Protocolo de Procedimento Básico de Óbito. A equipe Técnica de Enfermagem fará o preparo do corpo, conforme Protocolo institucional de cuidado do corpo após morte. O registro do óbito no PEP será feito pelo Enfermeiro e pelo Médico.

Após constatação do óbito, o corpo será encaminhado para o Morgue “ espaço dos anjos”, com formulário “Controle do morgue e liberação do corpo”. O protocolo de liberação do corpo passará por 3 crivos: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e reconhecimento, que deverá ser realizado pela família de 1º grau.

1.10. Transferência

As transferências para outra unidade acontecerão quando o paciente internado não tiver o perfil da Instituição ou em caso de superlotação.

O NIR solicitará vaga externa por meio da AIH feita pelo Médico plantonista. Após a confirmação da vaga, o familiar ou responsável pelo paciente será comunicado da transferência. O paciente será transferido por ambulância de suporte básico ou avançado, dependendo da avaliação médica.

Após a transferência do paciente, o Enfermeiro fará o registro no PEP. O Médico realizará a alta por transferência e, após a saída do paciente, a Recepção confirmará a alta hospitalar.

1.11. Passagem de plantão

A passagem de plantão acontecerá, diariamente, às 07:00 horas e às 19:00 horas, passando do diurno para noturno e vice-versa.

Será realizada a passagem de plantão beira leito, em que o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem passarão a história do paciente, as intercorrências e as pendências.

1.12 Realização de exames por imagem

A solicitação de exames será feita via sistema, não havendo a necessidade de impressão. Após solicitação do exame, a equipe de Enfermagem deverá ligar no setor de imagem para confirmar o pedido e encaminhar o paciente.

1.13 Realização de exames laboratoriais

A solicitação dos exames também será feita via sistema, sendo que a coleta de amostra para exames laboratoriais será realizada no leito ou na sala de coleta laboratorial.

As amostras de material para gasometria serão coletadas pelo Enfermeiro quando o paciente estiver com monitorização de pressão invasiva. As demais amostras serão coletadas pelo coletador do laboratório.

1.14. Realização de curativos

Os curativos serão realizados somente pelo Enfermeiro assistencial, conforme plano terapêutico para tratamento de feridas.

1.15. Realização de cuidados e procedimentos

A realização de cuidados e procedimentos serão realizados tendo como referência os Protocolos Institucionais da Gerência de Enfermagem e Supervisão de Enfermagem na Unidade de Urgência e Emergência, disponibilizados no SGQ. Os protocolos serão acessíveis a todos os colaboradores por meio dos computadores disponíveis nas unidades.

1.16. Registro em prontuário

Diariamente, o Enfermeiro assistencial realizará a SAE no PEP, na qual serão registrados todos os dados referentes ao histórico do paciente, exame físico, diagnóstico e prescrição de Enfermagem.

Diariamente, o Enfermeiro assistencial e o Técnico de Enfermagem farão o registro da evolução, que seguirá um modelo padrão, podendo ser alterado conforme necessidade do paciente e critérios do avaliador. Além da evolução diária, serão registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do dia.

1.17. Limpeza da unidade

O serviço de limpeza de um hospital tem particular importância no controle das infecções hospitalares. A unidade disporá de uma equipe de higienização exclusiva do setor durante as 24 horas, todos os dias da semana.

Será realizada limpeza terminal de toda unidade, uma vez por semana, onde serão limpas as áreas do salão, guarda de materiais, equipamentos e rouparia. Durante a limpeza terminal da unidade, serão limpos todos os armários de guarda de materiais e equipamentos. A limpeza concorrente será realizada diariamente e a limpeza terminal do leito será feita após a alta do paciente.

1.18. Fluxo de Atendimento do Paciente

O hospital deverá possuir equipe multidisciplinar constante para o atendimento à porta de Urgência e Emergência. Deverá ser implantada a Porta Hospitalar de Urgência, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização - PNH, por meio do Acolhimento com Classificação de Risco e NIR.

Nos casos em que se adequarem, e nas situações em que o usuário necessitar do atendimento no próprio HECAD, este será encaminhado para a devida assistência.

Após o cadastro realizado, o Enfermeiro fará a Classificação de Risco e colocará a pulseira de acordo com a gravidade. Depois, o paciente será triado por um Médico, que avaliará se ele deverá seguir com o atendimento hospitalar ou se será encaminhado para a Atenção Básica de Saúde.

A assistência integral e todos os procedimentos necessários para o diagnóstico e condução terapêutica do paciente ocorrerão na Sala de Atendimento.

Após a realização de todos os exames necessários, o paciente esperará na Emergência a reavaliação e conduta final em relação à sua assistência.

Depois desse procedimento, o paciente poderá receber alta hospitalar, ficar em observação, aguardar os procedimentos de internação ou cirúrgico ou aguardar contra referenciamento – quando o paciente não for do perfil da Unidade.

1.19. Rotina Sala Atendimento:

Enfermeiro Assistencial

- Preencher caderno de intercorrência;
- Coletar dados de indicadores de qualidade;
- Realizar e/ou supervisionar *check list* de materiais e equipamentos permanentes;
- Verificar e/ou realizar *check list* do carrinho de emergência;
- Manter painel fluxo do paciente funcionando;
- Receber da equipe de higienização leitos após limpeza terminal;
- Realizar ou solicitar abertura de Ordem de Serviço para materiais e equipamentos danificados;
- Acompanhar/supervisionar e orientar equipe técnica;
- Realizar curativos e/ou avaliar necessidade de trocas;
- Realizar sondagens e avaliar drenos realizar troca, caso seja necessário;
- Avaliar fluxo do paciente;
- Preencher passagem de plantão junto com a equipe técnica;
- Passar o plantão, alertando quanto as pendências.

1.20 Rotina Observação:


Enfermeiro Assistencial

- Examinar todos os pacientes, de acordo com o Diagnóstico de Enfermagem NANDA;
- Preencher histórico;
- Realizar diagnóstico;
- Realizar prescrição;
- Realizar evolução;

- Preencher caderno de intercorrência;
- Coletar dados de indicadores de qualidade;
- Realizar e/ou supervisionar *check list* de materiais e equipamentos permanentes;
- Verificar e/ou realizar *check list* do carrinho de emergência;
- Receber da equipe de higienização leitos após limpeza terminal;
- Realizar sondagens e avaliar drenos realizar troca, caso seja necessário;
- Realizar ou solicitar abertura de Ordem de Serviço para materiais e equipamentos danificados;
- Acompanhar/supervisionar e orientar equipe técnica;
- Realizar curativos e/ou avaliar necessidade de trocas;
- Preencher passagem de plantão junto com a equipe técnica;
- Passar o plantão alertando, quanto as pendências.

2.0 Protocolos de Enfermagem da Urgência

2.1 Protocolo de ventilação manual - AMBÚ

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/ UTI/ Ambulatório/ Urgência e Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de ventilação manual - Ambú	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

A ventilação manual tem a finalidade de fornecer suporte ventilatório em emergências ou enquanto o paciente está temporariamente desconectado de um ventilador mecânico, como por exemplo, durante uma troca de tubos, durante o transporte do cliente ou antes de um procedimento de aspiração. O procedimento ajuda a melhorar o sistema cardiorrespiratório comprometido.

2. OBJETIVO

Padronizar as condutas para realização de ventilação manual - ambú, regulamentando as responsabilidades da equipe multiprofissional, obtendo a prevenção de agravo e a redução dos riscos. De maneira geral, garante a segurança do profissional e do paciente.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes hospitalizados que necessitam de ventilação manual.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico; Fisioterapeuta.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar os materiais: <ul style="list-style-type: none"> Ambú com reservatório de oxigênio com tamanho adequado ao paciente (neo/ped/adulto); Máscara de tamanho adequado ao paciente; Ponto de oxigênio (unidade de parede ou cilindro de oxigênio); Frasco umidificador de oxigênio; Adaptador roscado para fazer a ligação entre a rede de oxigênio e o ambu; Opcional: aspirador. 	Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta
2	Realizar a higienização das mãos conforme técnica correta, e a devida paramentação com os EPIs: gorro, máscara e luva de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
3	Selecionar uma máscara que se encaixe confortavelmente sobre a boca e o nariz do paciente, salvo se o paciente estiver intubado ou em uso de traqueostomia.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
4	Acoplar a máscara ao ambú.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
5	Conectar uma ponta do látex ao fundo do ambu e a outra ponta ao adaptador do fluxômetro, na fonte de oxigênio.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
6	Abrir o fluxo de oxigênio e ajustar a velocidade de fluxo, conforme o estado do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
7	Adicionar um acumulador de oxigênio (também chamado de reservatório de oxigênio). Esse dispositivo, que se conecta a um adaptador no fundo do ambu, possibilita a obtenção de FiO ₂ de até 100%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
8	Montar o aspirador, se necessário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico

9	Verificar a via respiratória superior do paciente, em busca de possíveis corpos estranhos. Se houver, o profissional deverá removê-los. Do mesmo modo, matéria estranha ou secreções devem ser removidas (aspiradas) para facilitar os esforços de reanimação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
10	Aspirar o tubo e/ou traqueostomia, se for necessário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
11	Retirar o descanso e a cabeceira da cama para ajudar a manter estendido o pescoço do paciente e para abrir espaço ao lado da cama para outras atividades, tais como reanimação cardiopulmonar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
12	Utilizar a manobra de levantamento do queixo e inclinação da cabeça para mobilizar a língua para longe da base da faringe e prevenir obstrução da via respiratória.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
13	Constatar se o paciente está traumatizado para usar o método de impulso do maxilar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
14	Usar oxigênio suplementar para melhorar a saturação de oxigênio (velocidade de fluxo mínima de 8 a 12 l/min).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
15	Manter a mão não-dominante sobre a máscara do paciente e exercer pressão para baixo para vedar a máscara contra a face.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
16	Registrar a data e a hora do procedimento, os esforços de ventilação manual, qualquer complicação e a ação empreendida pela Enfermagem, bem como a resposta do paciente ao tratamento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico

Observações Importantes	
Enfermeiro/ Fisioterapeuta/ Médico	Para lactentes e crianças, usar um ambú para reanimação manual pediátrico. Para crianças, administrar 15 respirações/minuto ou uma compressão da bolsa a cada 4 segundos. Para lactentes, administrar 20 respirações/minuto ou uma compressão a cada 3 segundos. Bebês e crianças devem receber 250 a 500 ml de ar a cada compressão da bolsa.
Enfermeiro/ Fisioterapeuta/ Médico	Considerando a dificuldade de avaliar o volume corrente, usar valores de expansão torácica e saturação de oxigênio para determinar a eficácia das ventilações. Administrar respirações com o próprio esforço respiratório do paciente, caso haja algum presente. Não tentar administrar respiração durante a expiração. Observar o paciente para se certificar de que seu tórax está subindo e descendo a cada compressão. Se não estiver ocorrendo ventilação, verificar o encaixe da máscara e a desobstrução da via respiratória do paciente. Em caso de necessidade, reposicionar a cabeça do paciente e certificar-se da desobstrução da via oral.

Enfermeiro/ Fisioterapeuta/ Médico	<p>Evitar hiperextensão do pescoço, se o paciente sofreu alguma lesão cervical.</p> <p>Subventilação comumente ocorre porque é difícil manter firmemente posicionada a bolsa de reanimação manual na face do paciente, ao mesmo tempo em que é garantida uma via respiratória pérvia. Por esse motivo, se for possível, fazer com que alguém ajude no procedimento.</p> <p>Realizar ausculta pulmonar durante a ventilação.</p>
--	---

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção individual

FiO2 - Fração inspirada de oxigênio

Ambú - Unidade manual de respiração artificial

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ARCHER E., *et al.* Procedimentos e Protocolos. Revisão técnica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.


FERNANDES, A. M. O. Manual de Norma e Rotinas Hospitalares. Goiânia: AB Editora, 2006.

8. ANEXOS

Não se aplica.

<p>Elaborado por:</p> <p style="text-align: right;">xx/xx/xxxx Data</p> <p style="text-align: center;">Nome de quem elaborou o documento na versão original</p>	<p>Revisado por:</p> <p style="text-align: right;">xx/xx/xxxx Data</p> <p style="text-align: center;">Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p style="text-align: right;">xx/xx/xxxx Data</p> <p style="text-align: center;">Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)</p>
---	--	--

2.2 Protocolo de sutura em Emergência

<p>Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p><u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>	
<p>Setor: Internação/ Enfermarias/ UTI / Ambulatório/ Urgência e Emergência / Centro Cirúrgico</p>	<p>Identificação: XXX</p>
<p>Assunto: Protocolo de sutura em Emergência</p>	<p>Versão: XX</p>
	<p>Folha N°: 1/X</p>

1. INTRODUÇÃO

A sutura realizada por profissional capacitado tem como finalidade reposicionar as estruturas anatômicas, em emergência, evitando agravamentos como hemorragias e infecção, favorecendo a cicatrização da lesão.

2. OBJETIVO

Padronizar a técnica de sutura, alinhando com a equipe a função de cada participante, melhorando a segurança do paciente e minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes hospitalizados pediátricos que necessitem de sutura de emergência.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Reunir todo material no carrinho de curativo ou mesa auxiliar e levar junto ao leito do paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja de pequeno procedimento; • Lâmina; • Fio de sutura (numeração conforme lesão); • Seringa e Agulha; • Soro fisiológico; • Transfer de soro ponta dupla; • Gaze estéril; • Saco de lixo branco leitoso devidamente identificado. 	Técnico de Enfermagem
2	Conferir identificação do paciente, de acordo com o protocolo de identificação. Perguntar o nome completo, data de nascimento e número do PEP, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Médico/ Enfermeiro
3	Explicar ao paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento.	Médico/ Enfermeiro
4	Colocar paciente em posição adequada.	Médico/ Enfermeiro
5	Se necessário, proteger com biombo.	Médico/ Enfermeiro
6	Realizar higienização das mãos.	Médico/ Enfermeiro
7	Paramentar-se, usando capote, luva estéril, óculos, máscara, gorro.	Médico/ Enfermeiro
8	Fazer limpeza da lesão, obedecendo técnica asséptica e observar aspecto, sangramento, presença de corpos estranhos.	Médico/ Enfermeiro
9	Aplicar anestesia local.	Médico

10	Iniciar pela borda mais flexível da lesão.	Médico
11	Para fazer o primeiro nó, apreender a agulha utilizando o porta-agulhas, cortar aproximadamente 30 cm fio e transpassar a luz do olhal da agulha. Torcer as extremidades do fio para que não saia da agulha.	Médico
12	Posicionar a agulha com firmeza, transpassado a pele até a sua extremidade, tracionando a linha até que falem 2 a 3 cm livres (precisará dessa linha para fazer o nó).	Médico
13	Fazer o mesmo movimento de rotação, transpassando a agulha no outro lado da borda da pele unindo as bordas.	Médico
14	Dar 2 voltas do fio maior no porta-agulhas e pinçar a ponta menor, tracionando a para que forme o nó. Repita esse nó duas vezes, para que não se solte.	Médico
15	Tracionar as 2 pontas e cortar a 3 mm da base.	Médico
16	Proceder da mesma forma para formar outros pontos e nós, deixando o mínimo de espaço ente ele e evitando a eversão.	Médico
17	A sutura contínua é lenta não indicada para situações de urgência.	Médico
18	Retirar luvas.	Médico
19	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Médico
20	Deixar o paciente em posição confortável.	Médico/ Enfermeiro
21	Deixar ambiente em ordem e organizado.	Médico/ Enfermeiro
22	Relatar o procedimento no PEP.	Médico/ Enfermeiro
23	Descartar o material no resíduo de perfurocortante (agulhas, seringas).	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
24	Notificar o NQSP, por meio do Formulário de Oportunidade de Melhoria, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano ao paciente.	Médico/ Enfermeiro

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, 2013.


HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGE. Departamento de Enfermagem.
Protocolo de aplicação de calor. 2010.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

2.3 Protocolo de toracocentese

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/ UTI/ Ambulatório/ Urgência e Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de toracocentese	Versão: xx
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

A toracocentese tem a finalidade de diagnosticar, tratar ou resolver o derrame pleural pela remoção do acúmulo anormal do líquido presente. Pode ser utilizada para fins de:

- Alívio no pneumotórax hipertensivo;
- Diagnóstico (hemotórax, transudatos pleurais, exsudatos pleurais, empiemas pleurais, pneumotórax (espontâneo, traumático, entre outros);
- Terapia (melhora da insuficiência respiratória, tratamento de fístula broncopleural, realização de pleurodese).

2. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de toracocentese nos pacientes neonatais e pediátricos internados no HECAD, possibilitando a descompressão da cavidade pleural causada por entrada de ar (pneumotórax), sangue (hemotórax) ou líquido (derrame pleural), comprometendo a mecânica ventilatória.

3. PÚBLICO-ALVO

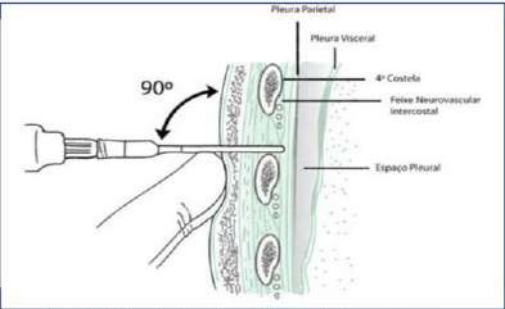
Pacientes hospitalizados que necessitam realizar o procedimento de toracocentese e drenagem pleural.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Orientar paciente sobre o procedimento.	Enfermeiro/ Médico
2	Disponibilizar material para toracocentese/drenagem torácica. Abrir o material, organizar e preparar: <ul style="list-style-type: none"> • Mesa auxiliar; • Equipamentos de EPI: avental descartável, máscara cirúrgica, gorro, luvas estéreis; • Bandeja de pequena cirurgia ou dissecação venosa; • Campo cirúrgico estéril; • Gazes esterilizadas; • Solução antisséptica – clorexedine alcoólica ou aquosa (para neonatos menores de 1000gr); • Lidocaína 2% sem vasoconstritor; • Seringas de 3, 10 e 20 ml; • Agulhas 40x12 e 13x4,5; • <i>Abocath</i> ou Jelco 24, 22, 20, 18 – selecionar calibre e comprimento conforme tamanho da criança e espessura estimada da parede torácica; • <i>Scalp</i> 25; • <i>Three way</i>; • Material para obtenção de selo d'água: ampola de água destilada, frasco de água destilada, equipo macrogotas; • Tubo estéril para coleta de material; • <i>Micropore</i>. 	Técnico de Enfermagem/ Enfermeiro
3	Utilizar os EPIs: gorro, máscara óculos e capote.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Médico

4	<p>Posicionamento do paciente: paciente sentado, com o tronco levemente anteriorizado e os braços levantados, normalmente amparados por uma mesa ou outro tipo de apoio.</p> <p>Entretanto, em crianças, essa posição quase nunca é viável, seja pela pouca colaboração da criança, seja por conta da situação clínica ou da depressão causada pela sedoanalgesia sistêmica. Sendo assim, deve-se elevar ao máximo o decúbito do leito, tentando mimetizar a posição sentada, para que o conteúdo do espaço pleural a ser retirado se posicione gravitacionalmente no terço inferior do tórax, sobre o diafragma. Elevar o membro superior do lado a ser abordado, deixando o flanco e região axilar expostos. Conter esse membro mecanicamente ou manualmente, com o auxílio de um outro profissional.</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	<p>Realizar a monitorização do paciente com oxímetro de pulso e monitor de frequência. É importante estar disponível material de suporte ventilatório (sonda de aspiração, fonte de oxigênio, máscara adequada e dispositivo de ventilação manual), caso seja necessário.</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	<p>Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Médico
7	<p>Fazer a degermação da pele do paciente no local da punção/drenagem com clorexidina degermante.</p>	Enfermeiro
8	<p>Utilizar a solução alcoólica para antissepsia.</p>	Médico
9	<p>Fazer anestesia no local da punção/drenagem.</p> <p>A punção é feita na altura do quinto ou sexto espaço intercostal, na linha axilar média ou posterior. Esse ponto pode variar conforme as condições clínicas, o posicionamento do paciente ou a indicação da ultrassonografia quanto ao maior volume do conteúdo pleural.</p> <p>Introduzir a agulha perpendicularmente à pele, lembrando de buscar sempre a borda superior da costela inferior do respectivo espaço intercostal, para não lesionar o feixe vasculonervoso.</p>  <p>Fonte: https://whitebook.pebmed.com.br/conteudo/toracocentese</p>	Médico
10	<p>Realizar o procedimento, segundo técnica asséptica.</p>	Médico
11	<p>Utilizar campos cirúrgicos amplos para o procedimento.</p>	Médico
12	<p>Fixar o dreno da melhor maneira possível, caso haja permanência dele.</p>	Médico

13	Fazer curativo, separar materiais perfuro cortantes.	Médico/ Técnico de Enfermagem
14	Manter o ambiente sempre limpo e organizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Médico
15	Solicitar RX de tórax para controle.	Médico
16	Solicitar análise de líquido pleural, se necessário.	Médico
17	Descrever o procedimento no PEP e preencher a ficha do procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Médico

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

FERNANDES, A.M.O. Manual de Norma e Rotinas Hospitalares. Goiânia: AB Editora, 2006.

HIRSHHEIMER, M.R.; CARVALHO, W.C.; MATSUMOTO. Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.


VOLK, S. Série Procedimentos: Realizando a Toracocentese. PortalPed, 2019.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

2.4 Protocolo de cuidado do corpo após a morte

<p align="center">Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p align="center"><u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>	
---	---

Setor: Internação/ Enfermarias/ UTI/ Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de cuidado do corpo após a morte	Versão: xx
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

O cuidado do corpo após a morte envolve o preparo e identificação do corpo para entregá-lo à família com o melhor aspecto possível.

2. OBJETIVO

Padronizar o cuidado do corpo do paciente após a morte.

3. PÚBLICO-ALVO

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar os materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Biombo; • <i>Hamper</i>; • Tesoura; • Seringa 10ml; • Gaze; • Esparadrapo; • Pinça anatômica; • Algodão; • Ataduras de crepe (10 ou 20 cm); • Invólucro para cadáver; • Fita adesiva ou crepe; • Lençol; • Material para higiene oral; • Fitas de identificação; • Pacote de curativos ou retirada de pontos. 	Técnico de Enfermagem
2	Utilizar de forma adequada os EPIs: luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara e capote.	Técnico de Enfermagem
3	Certificar da constatação do óbito, verbalmente, com o Médico.	Técnico de Enfermagem
4	Conferir pulseira de identificação e seus descritores. (nome completo, data de nascimento, nome da mãe, número de prontuário).	Técnico de Enfermagem
5	Manter a pulseira no cadáver.	Técnico de Enfermagem

6	Preparar os materiais e levar até a beira do leito do paciente.	Técnico de Enfermagem
7	Isolar o leito com biombo e/ou fechar a porta.	Técnico de Enfermagem
8	Desligar todos os equipamentos que estiverem conectados ao paciente.	Técnico de Enfermagem
9	Colocar a cama em posição horizontal.	Técnico de Enfermagem
10	Realizar a higienizar das mãos.	Técnico de Enfermagem
11	Vestir o capote, colocar máscara, óculos de proteção e calçar as luvas de procedimento.	Técnico de Enfermagem
12	Colocar o cadáver em decúbito dorsal e soltar os lençóis.	Técnico de Enfermagem
13	Alinhar os membros.	Técnico de Enfermagem
14	Fechar os olhos, fazendo compressão nas pálpebras, utilizando esparadrapo ou fita adesiva.	Técnico de Enfermagem
15	Retirar todos os cateteres, sondas e drenos, se houver.	Técnico de Enfermagem
16	Retirar fixações utilizando lâmina de bisturi ou tesoura e utilizar seringa de 20ml para desinsuflar os balões das sondas.	Técnico de Enfermagem
17	Realizar a higienização do corpo com água e sabão, inclusive a oral e do couro cabeludo, se necessário.	Técnico de Enfermagem
18	Limpar as unhas com espátula, gaze, água e sabão, escovar os cabelos, se necessário.	Técnico de Enfermagem
19	Fazer os curativos necessários, e nas mucosas que possam drenar substâncias orgânicas, comprimir bem o local com o auxílio de gaze e esparadrapo.	Técnico de Enfermagem
20	Tamponar nasofaringe, ânus ou vagina (se necessário) com algodão, utilizando uma pinça anatômica, de tal maneira que o algodão não apareça ao término do procedimento.	Técnico de Enfermagem
21	Fechar a boca com auxílio de atadura, prendendo-a no alto da cabeça, se houver necessidade de colocar gazes na cavidade oral, não exceder na quantidade, visando adequada apresentação do cadáver.	Técnico de Enfermagem
22	Fixar queixo, pés e mãos com atadura crepe (manter a boca fechada, mãos apoiadas nas laterais da perna e pés juntos).	Técnico de Enfermagem
23	Prender os pés direito e esquerdo com atadura crepe, colocando os membros juntos.	Técnico de Enfermagem
23	Prender as mãos direita e esquerda com atadura crepe, colocando as mãos reta apoiando nas laterais das pernas.	Técnico de Enfermagem
24	Colocar uma fralda, retirar todos os lençóis, e colocar o corpo dentro do involucrio para cadáver de forma que o zíper se feche na altura do rosto do cadáver. Sendo o cadáver de um paciente positivo para a COVID 19, usar 2 invólucros.	Técnico de Enfermagem
25	Realizar uma segunda checagem, conferindo o preparo do corpo e a identificação (do corpo e a identificação externa).	Enfermeiro
26	Colocar na região do externo uma tira larga de esparadrapo com o nome do cadáver, número do prontuário, número do leito, data, hora do óbito, nome do setor onde ocorreu o	Técnico de Enfermagem

	óbito, sigla da instituição, nome por extenso e matrícula do funcionário que preparou o corpo. Colocar outra tira de identificação sobre a cobertura para cadáver contendo as mesmas informações.	
27	Passar o corpo da cama para a maca com a ajuda do condutor, utilizando o lençol para cobrir o corpo.	Técnico de Enfermagem/ Condutor
28	Cobrir o corpo e a maca com lençol no sentido do comprimento.	Técnico de Enfermagem
29	Comunicar ao serviço social a ocorrência do óbito.	Enfermeiro
30	Solicitar o condutor com a maca para encaminhar o corpo ao morgue, após a constatação do óbito e acionar o técnico responsável pelo morgue para recebimento do corpo, oferecendo todas as informações relevantes a equipe.	Enfermeiro
31	Recolher o material utilizado no preparo do corpo e deixar a unidade em ordem.	Técnico de Enfermagem
32	Retirar capote e desprezar em <i>hamper</i> quando for de tecido; ou descartar em recipiente para resíduo infectante quando for descartável. Retirar e descartar as luvas e máscara em recipiente para resíduo infectante.	Técnico de Enfermagem
33	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem
34	Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.	Técnico de Enfermagem
35	Preparar os papéis e declarações pertinentes.	Enfermeiro/ Serviço Social
36	Realizar os cuidados, após confirmação do óbito pelo Médico. Caso o corpo seja encaminhado ao IML ou SVO, não realizar tamponamento.	Técnico de Enfermagem
38	Após o óbito e preparo do corpo, realizar a limpeza dos equipamentos e bancadas, e após o leito deverá passar por limpeza terminal.	Técnico de Enfermagem/ Auxiliar de higienização

7. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

SVO - Serviço de Verificação de Óbito

IML - Instituto Médico Legal

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

COUTINHO, M.H.B; SANTOS, S.R.G. Manual de procedimentos de enfermagem. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2012.

NORTHAMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2011-2012. Traduzido por Jeanne Liliane Marlene Michel. Poro Alegre (RS): Artmed, 2012.

POSSO M.B.S. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

SOUZA, V.H.S; MOZACHI, N.O. Hospital: Manual do Ambiente hospitalar. 11.ed. Guarulhos: Manual Real, 2008.

VOLPATO, A.C.B (org). Técnicas Básicas em enfermagem. São Paulo: Martinari, 2011.


9. ANEXOS

9.1 Modelo da identificação do corpo:

Nome do paciente:	
Nº do prontuário:	
Número do leito:	
Local/Unidade:	
Data do óbito:	
Horário do óbito:	
Nome do colaborador:	Matrícula:

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.5 Protocolo de esvaziamento de dreno de tórax

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/ UTI/ Ambulatório/ Urgência e Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: xxx
Assunto: Protocolo de esvaziamento de dreno de tórax	Versão: xx
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

A drenagem torácica é um procedimento comum na prática diária realizada para drenar fluido, sangue ou ar de cavidade pleural. É necessário que toda equipe assistencial conheça o sistema para que riscos sejam evitados, tanto para o paciente quanto para o colaborador.

2. OBJETIVO

Padronizar o procedimento de drenagem torácica, evitando refluxo de líquido drenado, prevenir infecção e medir volume drenado.

OBS.: A troca do selo d'água deverá ser realizado a cada 24 horas, às 6 horas da manhã ou sempre que necessário.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes internados no HECAD.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar o material: <ul style="list-style-type: none"> • Frasco ou saco coletor graduado; • Água destilada estéril 500ml. Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Realizar a paramentação adequada com os EPIs corretos: gorro, máscara, óculos, luvas de procedimento e capote não estéril.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Explicar ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Clampar o dreno o mais próximo da inserção para impedir a entrada de ar no sistema, pois causa atelectasia e compressão pulmonar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Visualizar o selo d'água e identificar o valor.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Abrir o frasco de drenagem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Proteger a extremidade do dreno e a tampa do frasco sem contaminá-la.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Colocar o líquido drenado em recipiente ou saco coletor graduado, observando o volume e aspecto.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Colocar água destilada estéril para preenchimento do frasco de drenagem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

11	Instalar a tampa no frasco, de modo que a haste fique submersa cerca de 1,5 a 2 cm na água.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Certificar se não há escape de ar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Desclampear a conexão do dreno.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Colar na altura limite da água, o rótulo com a hora, dia e nome de quem trocou o frasco de drenagem e quantos ml de água ou soro foram colocados.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Assegura-se do bom funcionamento do sistema de drenagem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Posicionar corretamente o dreno para que ele não seja tracionado durante os procedimentos. Evitar tração e posterior deslocamento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Retirar a luva e higienizar as mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Colocar o paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Registrar no PEP o aspecto, quantidade e coloração da secreção.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Lançar no balanço hídrico os valores encontrados, inclusive se for zero.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
21	Esvaziamento do dreno deverá ser feita a cada 24 horas (6 horas da manhã).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
22	Havendo necessidade de esvaziamento fora o horário das 6 horas da manhã, o volume drenado deverá ser anotado na evolução do paciente, obrigatoriamente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
23	Manter o frasco coletor abaixo do nível do tórax, principalmente durante a deambulação do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
24	Na quebra de frasco deve-se, imediatamente, pinçar com os dedos a extensão entre o dreno e o frasco, o que impedirá um pneumotórax.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
25	Observar a oscilação da coluna de líquido no interior do frasco, pois deve estar de acordo com os movimentos respiratórios.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
26	Se houver a necessidade de transportar ou deambular com o paciente, manter o dreno fechado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
27	No transporte do paciente, deverá ter-se o cuidado para o dreno não dobrar para que não ocorra obstrução.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPI - Equipamentos Proteção individual

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BORK, A. M. T. Enfermagem Baseada em Evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RODRIGUES, A. B.; SILVA, M. R.; OLIVEIRA, P. P.; CHAGAS, S. S. M. O Guia da Enfermagem. São Paulo: Iátria, 2008.


CRAVEN, R. F.; HIRNLE, C. J. Fundamentos de Enfermagem. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

8. ANEXOS

Não se aplica.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original</p> <p>xx/xx/xxxx</p> <p>Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou</p> <p>Gestor(es) do(s) processo(s)</p> <p>xx/xx/xxxx</p> <p>Data</p>
--	---	--

2.6 Protocolo de lavagem gástrica

<p>Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p><u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>	
<p>Setor: Internação/ Enfermarias/ UTI/ Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico</p>	<p>Identificação: xxx</p>
<p>Assunto: Protocolo de lavagem gástrica</p>	<p>Versão: xx</p>
	<p>Folha Nº: 1/x</p>

1. INTRODUÇÃO

A lavagem gástrica é o procedimento realizado para diminuir a absorção/exposição de agentes tóxicos ocasionada por ingestão de alimentos ou medicamentos, por meio de medidas que promovem a diminuição da absorção intestinal, bem como drenam secreções irritantes à mucosa gástrica, como sangue.

2. OBJETIVO

Padronizar o cuidado de Enfermagem no procedimento de lavagem gástrica, evitando complicações, estabelecendo um procedimento sem intercorrências e garantindo a segurança do paciente.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças ou adolescentes que necessitem do procedimento de lavagem gástrica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar o material: <ul style="list-style-type: none"> • Soro Fisiológico 0,9%; • SNG específica para o tamanho da criança ou adolescente; • Equipo macrogotas; • Xilocaína; • Gazes; • Saco coletor; • Seringa de 20 ml. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Realizar a higienização das mãos e realizar a paramentação adequada om os EPIs: gorro, máscara, óculos, capote não estéril e luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente, juntamente com o acompanhante, de acordo com o protocolo de identificação. Perguntar nome completo, data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante. Caso paciente estiver inconsciente, explicar o procedimento para o acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Promover a privacidade do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Realizar a técnica de sondagem, conforme protocolo. Realizar a medida da sonda da ponta do nariz até o processo xifóide. Realizar a lubrificação da ponta da sonda na xilocaína. Após passagem da sonda, e não havendo sinais de desconforto ou piora do paciente. Realizar o teste de posicionamento com uso de uma seringa de 20ml. Verificar após a sondagem se houve saída de conteúdo gástrico. Monitorar o paciente, avaliando sinais de cianose, dessaturação, tosse, taquidispnéia.	Enfermeiro
7	Conectar o equipo de solução na SNG e infundir, lentamente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

8	Desconectar o equipo da sonda, deixando fluir o conteúdo no coletor.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Repetir o procedimento até que o líquido saia claro.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Promover conforto ao paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Realizar as anotações de enfermagem, tais como: horário, volume infundido e drenado, aspecto e reações do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Notificar NQSP no formulário de notificação e oportunidade de melhoria, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

SNG - Sonda Nasogástrica

NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.7 Protocolo de oxigenoterapia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/ UTI/ Ambulatório/ Urgência e Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: XXX

Assunto: Protocolo de oxigenoterapia	Versão: XX
	Folha Nº: 1/10

1. INTRODUÇÃO

A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio para suprir uma deficiência do paciente, que pode ocorrer por diversos motivos.

2. OBJETIVO

Sistematizar o processo de oxigenoterapia oferecida ao paciente.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes que necessitem de oferta de oxigenoterapia.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico; Fisioterapeuta.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Confirmar a identificação do paciente, conforme protocolo de segurança do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Comunicar e orientar o procedimento a ser realizado ao paciente (se paciente consciente) e acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Calçar as luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Colocar água destilada no copo de nebulizador até metade de sua capacidade (marca no copo).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Fechar firmemente o copo do nebulizador.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Conectar ao fluxômetro.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Regular a quantidade de oxigênio prescrita.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Adaptar a máscara com cadarço no rosto do paciente cobrindo nariz e boca.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Deixar paciente confortável e com cabeceira do leito elevada de 30° a 45°.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

12	Anotar data de instalação ou troca do conjunto de nebulização.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Trocar recipiente de nebulização, látex e máscara a cada 24 horas e datar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Deixar o ambiente organizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Inalação (aerossol)		
1	Confirmar a identificação do paciente, conforme protocolo de segurança do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Comunicar e orientar o procedimento a ser realizado ao paciente e acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Calçar as luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Preparar o medicamento, conforme prescrição médica no copo do inalador.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Adaptar o sistema no copo e na rede de ar comprimido/oxigênio.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Abrir até se observar a névoa e ao término do medicamento fechar a rede e retirar o sistema.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Atentar aos pacientes em uso de ventilação mecânica, utilizar sempre o tubo T, lembrando de retirar o filtro de HME para uma inalação adequada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Encaminhar o conjunto para o expurgo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Deixar o paciente confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Anotar o procedimento no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Cateter nasal tipo óculos		
1	Avaliar, criteriosamente, juntamente com a equipe multiprofissional (Fisioterapia, Enfermagem) a necessidade de instituir o oxigênio, considerando as patologias de base do paciente.	Médico/ Fisioterapeuta/ Enfermeiro
2	Confirmar a identificação do paciente, conforme protocolo de segurança do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Comunicar e orientar o procedimento a ser realizado ao paciente e acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta

4	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Calçar as luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Encaixar com delicadeza na narina do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Conectar no umidificador com 1/3 de água destilada, sendo necessário oxigênio úmido, fluxos maiores que 4 l/m.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar troca de água destilada, sempre que o copo de umidificação estiver marcando o mínimo e não apenas acrescentar o líquido a fim de evitar a contaminação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Regular quantidade de oxigênio prescrita.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Deixar o paciente confortável e com a cabeceira do leito elevada de 30° a 45°.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Anotar o procedimento no prontuário do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Trocar umidificador, água e látex a cada 24 horas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Oxigenoterapia através de Hood, Oxi-Hood, capacete ou Halo		
1	Reunir o Material: <ul style="list-style-type: none"> • Capacete de oxigênio; • Fonte de oxigênio umidificada; • Fonte de ar comprimido; • Látex de silicone (02 unidades) um para administração de oxigênio e um para administração de ar comprimido; • Y (intermediário) para mistura de gases; • Frasco para água bidestilada estéril; • Luvas de procedimento. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Médico/ Enfermeiro/ Fisioterapeuta
3	Montar o capacete.	Médico/ Enfermeiro/ Fisioterapeuta
4	Adaptar o frasco umidificador de oxigênio, colocar ABD até o nível mínimo indicado.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
5	Adaptar o látex à fonte de ar comprimido e de oxigênio.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
6	Manter a quantidade de litros de oxigênio correspondente à FiO ₂ prescrita (ver tabela 2 em anexo).	Médico/ Enfermeiro/ Fisioterapeuta

7	Colocar o paciente em capacete mantendo um coxim sob a região subescapular acomodando a cabeça no interior do capacete.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
8	Manter o paciente em posição confortável.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
9	Organizar o ambiente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Retirar as luvas.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
11	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
12	Relatar o procedimento no prontuário do paciente.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
13	Manter o paciente em constante observação.	Enfermeiro/Tec. de Enfermagem/ Fisioterapeuta/ Médico
14	Trocar todo Kit a cada 24 horas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Ajustar fluxos de O ₂ e AC conforme o tamanho do capacete/ <i>halo/hood</i> e a FiO ₂ desejada, seguindo cálculo da FiO ₂ : $FiO_2 = \frac{(\text{fluxo de O}_2 \times 1,0) + (\text{fluxo de AC} \times 0,21)}{(\text{fluxo de O}_2 + \text{fluxo de AC})}$ Utilizar a menor oferta de O ₂ para a manutenção do SpO ₂ alvo (90 a 95%). Suspende o capacete/ <i>halo/hood</i> , quando FiO ₂ < 0,25-30%.	Médico/ Enfermeiro/ Fisioterapeuta
(Máscara de Venturi)		
1	Reunir o Material: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kit de Venturi</i> (máscara facial, traqueia corrugada, extensão para conexão no fluxômetro, adaptador para umidificação/inalação, 6 válvulas coloridas para diferentes concentrações de FiO₂ – laranja, rosa, verde, branca, amarela e azul); • Luvas de procedimento. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Calçar as luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Escolher a máscara de acordo com o tamanho do paciente, de modo que cubra a boca e nariz. Uma boa adaptação é fundamental para o aproveitamento do oxigênio.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Adaptar a máscara à extensão de látex e em seguida conectá-la à fonte de oxigênio umidificado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Ajustar o fluxo de oxigênio de acordo com a prescrição médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

8	Ajustar a máscara à face do paciente, observando suas reações.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Observar as condições da pele no local onde a máscara entrará em contato, se necessário instalar hidrocoloide em locais com risco de lesão.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Manter o paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Organizar o ambiente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Retirar as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Relatar o procedimento no prontuário do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Manter o paciente em constante observação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Trocar todo Kit a cada 24 horas e colocar a data.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Administração dos <i>puffs</i> de inalação		
1	Confirmar a identificação do paciente, conforme protocolo de segurança do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Prescrever a administração do <i>puff</i> de inalação, após avaliação do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Comunicar e orientar o procedimento a ser realizado ao paciente (se paciente consciente) ou acompanhante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Inclinar ligeiramente a cabeça para trás para diminuir o ângulo reto entre a orofaringe e a traqueia. E efetuar uma expiração lenta (até a capacidade de reserva funcional).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Colocar o bucal na boca, fechando os lábios e a língua por baixo e realizar um <i>puff</i> e aguardar 30 segundos a 1 minuto em caso de nova inalação, para os casos de prescrição de mais de um <i>puff</i> .	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Lavar a cavidade bucal sem deglutir água se forem inalados corticosteroides.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Higienizar o inalador com um pano úmido do bucal de inalação. O inalador deve ser de uso individual.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Utilizar antes do filtro HME (proximal ao paciente), o dispositivo apropriado (aerocamera), em pacientes em ventilação mecânica, e realizar o <i>puff</i> durante a inspiração do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Manter o paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Organizar o ambiente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Retirar as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

12	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Relatar o procedimento no PEP.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Manter o paciente em constante observação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

OBSERVAÇÕES:

- Observar sinais de dispneia, apneia e taquipneia (cianose em extremidades, respiração ofegante);
- Verificar posicionamento da máscara/cateter ou tenda, a fim de oferecer a quantidade correta de oxigênio ou aerossol;
- Explicar as condutas e as necessidades da oxigenoterapia ao paciente e acompanhante.

6. SIGLAS

FiO₂ - Fração Inspirada de Oxigênio

HME - *Heat and Moisture Exchangers*, que em português significa Trocadores de Calor e Umidade

AC - Ar Comprimido

PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

DOENGES, ME; MOORHOUSE, MF; GEISLER, AC. Planos de Cuidados de Enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NAGANUMA M.; KAKEHASHI T. Y.; BARBOSA V. L.; FOGLIANO R.R.F.; IKEZAWA M. K.; REICHERT M. C. F. Procedimentos técnicos de Enfermagem em UTI Neonatal. São Paulo: Atheneu, 2005.

PERRY, A.G.; POTTER, P.A; ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem: 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

8. ANEXOS

Tabela 1 - Sistemas de oxigenoterapia

Sistema	FiO ₂ Suplementada	Vantagens	Desvantagens
Cânula nasal	1-6L/min: 24-44%	Seguro e simples; facilmente tolerado; efetivo para baixas concentrações; não impede de comer ou falar; barato, descartável.	Não pode ser usado se há obstrução nasal; resseca membranas mucosas; pode ser facilmente deslocada; pode causar irritação cutânea e lesões auriculares ou das narinas.
Cânula nasal com reservatório	1-5L/min: 24-60%	Concentrações maiores sem máscara; libera O ₂ somente na inalação; conserva O ₂ melhor, melhor portabilidade; não requer umidificação, porém, só pode ser utilizada em fluxos de 6L ou mais.	O tipo de reservatório nasal pode dificultar a ingestão de água com copo; risco de falha potencial na membrana do reservatório.
Máscara simples	5-10L: 30-60%	Geralmente, bem tolerada.	Contraindicada em pacientes com hipercapnia; pode causar claustrofobia; o tratamento precisa ser interrompido para alimentação e ingestão hídrica.
Máscara de Venturi	4-12L/min: 24-80%	Suplementada a FiO ₂ exata pré-estabelecida independentemente do padrão respiratório do paciente; não resseca membranas mucosas; pode ser utilizada para umedecer.	Pelo fato de ser quente e apertada, a máscara pode irritar a pele; a FiO ₂ pode ser menor se a máscara não estiver bem ajustada; interfere com a alimentação e comunicação.
Máscara de reinalação parcial	6-12L/min: 40-70%	Suplementada maior FiO ₂ ; umedece facilmente o oxigênio; não resseca membranas mucosas.	Pelo fato de ser quente e apertada, a máscara pode irritar a pele; pode ser necessária uma vedação justa; interfere com alimentação e comunicação; o saco pode estar torcido; não deve ser totalmente esvaziado.
Máscara não reinalante	6-15L/min: 60-80%	Suplementada a maior FiO ₂ possível sem necessidade de intubação; não resseca membranas mucosas.	Requer vedação justa; difícil de manter e é desconfortável; pode irritar a pele; o saco pode estar torcido; não deve ser totalmente esvaziado.


Fonte: PERRY, A.G.; POTTER, P.A. ELKIN, M.K. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p.319.

Tabela 2 - Oxigênio para HOOD:

TABELA PARA MISTURA DE OXIGÊNIO E AR COMPRIMIDO		
OXIGÊNIO (litros)	AR COMPRIMIDO (litros)	FiO ₂
8	0	100%
7	1	90%
6	2	80%
5	3	70%
4	4	60%
3	5	50%
2	6	40%
1	7	30%
0	8	21%

Elaborado por: Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data	Revisado por: Nome de quem revisou o documento	Aprovado para uso: Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s) xx/xx/xxxx Data
---	--	---

2.8 Verificação da sala de emergência

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Urgência e Emergência	Identificação: xxx
Assunto: Verificação da Sala Vermelha (Sala de Emergência)	Versão: xx Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

A verificação da Sala Vermelha tem por finalidade garantir o correto abastecimento dos medicamentos e funcionalidade dos equipamentos, visando o pronto atendimento adequado aos pacientes em emergências.

2.OBJETIVO

Padronizar e adequar a rotina na sala vermelha, garantindo assim os insumos e organização, seguindo os protocolos da Instituição.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Checar se o desfibrilador está ligado à rede elétrica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	<p>Verificar a data de validade, integridade dos invólucros de materiais estéreis do carrinho de emergência, e as condições da maca;</p> <p>Obs.: expirado o prazo limite de uso dos materiais estéreis, eles serão substituídos por outros com novo prazo. Essa troca será realizada no CME.</p> <p>Os materiais como: pinças, tesouras, lâminas de laringo e cubas deveram ser protocoladas em caderno de protocolo e encaminhadas à Enfermeiro plantonista da CME.</p> <p>Os demais materiais serão registrados em impresso próprio e encaminhados à CME.</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Testar o funcionamento do cabo e lâminas do laringoscópio e condições das pilhas;	Enfermeiro
4	<p>Testar o aparelho de desfibrilação.</p> <p>Antes de ligar o equipamento, verifique se há algum dano mecânico e certifique-se de que todos os cabos externos, opcionais e acessórios estejam devidamente conectados.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conectar o cabo de alimentação à fonte de energia. - Se colocar o equipamento para funcionar com energia da bateria, verifique se a bateria está suficientemente carregada. - Se você executar o equipamento na fonte de energia o adaptador fornecido deverá ser usado. - Girar o botão Seleção para selecionar o modo de trabalho desejado. - Depois que a tela de inicialização for exibida, o sistema emitirá um bipe e, enquanto isso, a lâmpada de alarme ficará acesa em amarelo, depois vermelha e desligará em seguida. - O equipamento entrará na tela do modo selecionado. - Botão seleção de modo: gire este botão para selecionar o modo operacional ou desligar o equipamento. 	Enfermeiro

	<ul style="list-style-type: none"> - Botão seleção de energia: no modo desfibrilador manual, pressione este botão para selecionar o nível de energia. - Botão carga: pressione este botão para carregar o desfibrilador. - Botão Choque: pressione este botão para aplicar um choque no paciente). 	
5	<p>Os medicamentos e todo o material que ficam dentro do carrinho serão checados pelo colaborador da farmácia mensalmente (em impresso próprio).</p> <p>Ele fará reposição quando necessário e o controle de validade.</p> <p>Semanalmente, será checado e registrado na ficha do carrinho e será colocado novo lacre, caso o anterior tenha sido violado para uso.</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Técnico de Farmácia
6	<p>Testar o aspirador automático.</p> <p>Verifique a voltagem do equipamento antes de plugá-lo à rede elétrica.</p> <p>Antes de conectar o aspirador cirúrgico, certifique-se de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O equipamento está limpo adequadamente; - A conexão do cabo elétrico para rede elétrica está conforme a voltagem específica; - Verifique se os fusíveis não estão danificados; - Regule as sucções desejadas, girando o botão de controle de vazão; - Verifique a leitura do vácuo pelo vacuômetro; - Utilize a cânula de aspiração adequada para o procedimento adequado. - Manuseie o produto cuidadosamente; - Não deixe cair ou bater no chão; - Não Sobrecarregue os encaixes. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta
7	<p>Testar a saída de oxigênio central e verificar o nível mínimo da bala de oxigênio (bala com capacidade de 1m³. 150 Kgf. Demanda externa: 100% preenchida, demanda interna 50% preenchida).</p>	Enfermeiro/ Fisioterapeuta

Observação:

- Farmácia

- Efetuar o correto atendimento das requisições de reposição, atentando-se para a data de validade de cada item;
- Realizar o abastecimento e conferência da gaveta de medicamentos;
- Efetuar o fechamento do carro com o lacre;

- Sinalizar o enfermeiro após a conferência da Farmácia.

- Conferência mensal

Mensalmente, o carro de emergência será conferido pelo setor de Farmácia e Enfermagem, com o intuito de conferir quantidade, data de validade, lote e lacres, visando a rastreabilidade do produto e controle de abertura dos carros. Registrar na ficha de *check list* do carro de emergência.

Obs.: A data de validade dos itens pertencentes aos carros de emergência deve ser maior ou igual a 3 meses, a contar da data da conferência. Todos os itens presentes no carro com data de validade inferior a 3 meses deverão ser substituídos/ repostos. Caso haja necessidade de reposição de determinado item cuja farmácia/ almoxarifado não o tenha com data de validade superior a preconizada, o mesmo deverá ser repostado com a maior data de validade encontrada e substituído na próxima conferência ou assim que disponibilizado o item com validade superior a preconizada.

- Conferência após abertura

Após a abertura e utilização de determinado item pertencente ao carro de emergência, o enfermeiro responsável pelo posto/ setor deverá realizar conferência e solicitar a reposição dos itens utilizados à Farmácia.

A cada abertura, fechar com novo lacre e anotar no campo de observações do *check list* do carro de emergência.

6. SIGLAS

CME – Central de Materiais e Esterilização

Kgf - Quilograma-força

ECG – Eletrocardiograma

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.

RDC nº34, de 11 de junho de 2014.

Instrução Normativa nº 1, de 17 de março e 2015.

Manual de instruções - Desfibrilador


Manual de instruções - Aspirador Automático.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

2.9 Unidade de urgência e emergência

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Urgência e Emergência	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Atendimento da Urgência e Emergência	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Humanização dentre suas ações destaca a Classificação de Risco - CR na organização do atendimento das urgências e emergências dentro das Instituições públicas, priorizando o atendimento levando em consideração o risco de morte, ou agravos à saúde e o grau de sofrimento.

Além de uma categorização dos níveis de atendimento baseado em cores, sendo cada cor indicativa do nível em que se encontram as condições clínicas do paciente. O acolhimento deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.

O Enfermeiro é um dos profissionais de saúde que está mais próximo dos usuários, tal fato confere a ele o papel central no processo de acolhimento e atuação na avaliação com CR.

A CR é uma ferramenta que vem assumir o compromisso de garantir a qualidade de assistência à população, propondo um acolhimento na unidade de saúde, pautada na equidade.

O acolhimento torna-se uma prática técnica assistencial que pressupõe a formação qualificada e responsável dos colaboradores, visando assim desconstituir a prática vigente de filas, uma vez que acolhimento também significa facilitação de acesso da população aos serviços de saúde e o oferecimento de assistência adequada aos usuários acometidos de agravos relacionados à urgência e emergência.

2. OBJETIVOS

- Prestar atendimento de Urgência e Emergência em Pediatria de forma célere, técnica e humanizada, dispo de equipes e recursos adequados, visando diminuição da morbi-mortalidade;
- Fortalecer junto a equipe do pronto-socorro o instrumento da classificação de risco de forma a garantir aos usuários do SUS um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência, de forma humanizada, com foco no atendimento rápido e efetivo;
- Realizar escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças e adolescentes recebidos no HECAD por demanda espontânea ou advindos por encaminhamento de urgência.

4. ESTRUTURA DO PRONTO SOCORRO (ANEXO 1)

- Sala da Classificação de Risco;
- 05 Consultórios médicos;

- 01 Consultório Multiprofissional;
- Sala Vermelha: 04 leitos e 01 isolamento;
- Sala de decisão: 06 leitos
- Sala de observação: 06 leitos
- Sala de observação respiratória: 06 leitos

Obs.: Em plano de contingência expansão da capacidade em 35% com mais 08 leitos.

- Sala de medicação rápida;
- Sala de curativos e sutura;
- Sala de gesso.

5. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Médico, Técnico de Enfermagem; Assistente Social; Atendente de Hospitalidade; Conductor; Equipe Multiprofissional.

6. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
Atendimento Inicial – Classificação de Risco		
1	<p><u>Usuários por demanda espontânea:</u> Acolher o paciente e acompanhante, orientando sobre como se dá o atendimento no HECAD e, posteriormente, encaminhar para CR.</p> <p><u>Usuários por encaminhamento de urgência:</u> Acolher e encaminhar o paciente e familiar, bombeiro e/ou SAMU para CR.</p>	Atendente de Hospitalidade/ Assistente social
2	Acolher o paciente e acompanhante na Sala de Classificação de Risco.	Enfermeiro
3	<p>Realizar a CR, conforme protocolo de Manchester, orientando quanto ao tempo de atendimentos devido ao risco classificado.</p> <p>Obs: Pacientes que vierem por encaminhamento de urgência por SAMU ou Bombeiro serão encaminhados após classificação para atendimento médico imediato.</p>	Enfermeiro
4	Encaminhar o familiar, bombeiro e/ou SAMU para preenchimento de fichas de atendimento na Recepção.	Técnico de Enfermagem (Fluxista)
5	<p>Realizar cadastro do paciente classificado ou regulado pela Central de Regulação do Estado;</p> <p>Identificar o paciente com pulseira, conforme protocolo, contendo os descritores: nome completo, data de nascimento e número do prontuário.</p> <p>Orientar o acompanhante sobre a etapa do atendimento – Aguardar o atendimento médico.</p>	Atendente de Hospitalidade
6	Pacientes classificados: Laranja ; Amarelo ; Verde ; Azul são atendidos nos consultórios médicos;	Enfermeiro/ Médico

	Pacientes classificados: Vermelho ; São encaminhados imediatamente para sala vermelha.	
7	Após atendimento médico, a conduta clínica será: - Alta: Paciente e acompanhante será orientado e receberá alta para casa. - Solicitação de exames complementares: Paciente será direcionado para realização de exames de laboratório e/ou de imagem para decisão clínica. - Internação: Pacientes encaminhados para solicitação de internação mediante AIH preenchida.	Médico
Decisão clínica: Solicitação de Exames laboratoriais e/ou de imagem e Medicamentos		
1	Realizar prescrição no PEP: - Exames de imagem e/ou laboratório; - Medicamentos.	Médico
2	Paciente é encaminhado para sala de coleta e/ou sala de exames de imagem.	Técnico de Enfermagem (Fluxista)/ Condutor
3	Paciente é encaminhado para sala de medicação rápida para realização de medicação.	Técnico de Enfermagem (Fluxista)
4	Após realização dos exames paciente é encaminhado para sala de decisão clínica para aguardar os resultados dos exames.	Técnico de Enfermagem
5	Acomodar paciente no leito. Instalar placa de identificação do leito, conforme Protocolo de Identificação do Paciente. Fixar a placa com a "cor", do fluxo das cores para evidenciar para a equipe e acompanhante o que o paciente está aguardando.	Técnico de Enfermagem/ Enfermeiro
Decisão clínica Exames prontos e/ou medicações realizadas		
1	Paciente reavaliado: <u>Paciente necessita de ser internado?</u> Solicitar AIH para internação.	Médico
2	<u>Paciente receberá alta?</u> Realizar alta no PEP.	Médico
Decisão clínica Internação		
1	Receber a AIH para internação. Solicitar internação no NIR (painel gerenciamento de leito).	Enfermeiro
2	Passar o quadro clínico do paciente para o setor de internação.	Enfermeiro/ Médico

3	Solicitar condutor para transporte intra-hospitalar.	Técnico de Enfermagem/ Enfermeiro
4	Acompanhar a transferência do paciente juntamente com o acompanhante até o leito reservado pelo NIR.	Enfermeiro/ Condutor
5	Realizar preenchimento da Transição de Cuidados no Sistema MV.	Enfermeiro

Observação:

6.1 PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de Enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada no protocolo específico. O usuário procura o serviço de urgência, acolhido pelos funcionários da portaria, recepção, encaminha para retirada de senha, classificação de risco e posteriormente para cadastro no sistema e atendimento médico especializado (Clínica Médica, Ortopedia ou Pediatria).

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

- a) Apresentação usual da doença;
- b) Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor etc.);
- c) Situação: queixa principal;
- d) Avaliar presença de comorbidades;
- e) Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais, Saturação de O₂, escala de *Glasgow*, escala de dor, doenças preexistentes, idade, dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental etc.);
- f) Reavaliar constantemente, pois poderá mudar a classificação;
- g) Classificação de Risco Segundo Prioridades:

Prioridade 0 - VERMELHO (ALTO RISCO DE MORTE)

Atendimento de emergência. O paciente deverá ser encaminhado **imediatamente** ao atendimento médico de emergência na sala vermelha.

Prioridade 1 - LARANJA

Atendimento muito urgente. O paciente deverá receber atendimento médico em até 10 minutos. Tem grande possibilidade de deterioração clínica rápida.

Prioridade 2 - AMARELO

Atendimento urgente. O paciente deverá receber atendimento médico em até 60 minutos.

Prioridade 3 - VERDE

Atendimento pouco urgente. Porém na Atenção primária (urgência relativa) com prioridades sobre consulta simples; aguardar em local específico, externo. Tempo médio para atendimento: em até 120 minutos (2 horas).

Prioridade 4 - AZUL

Atendimento não urgente. Pacientes a serem atendidos no ambulatório e/ou Estratégia de Saúde da Família (E.S.F ou CAIS) com queixas e/ou doenças crônicas, ou pacientes que procuram atendimento com fins de promoção e prevenção a saúde. Tempo médio para atendimento médico: em até 240 minutos (4 horas).

NOTA IMPORTANTE!

Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma unidade de saúde de referência.

Resolução CFM nº 2079 14/08/2014 Artº4:

“Todo paciente com agravo a saúde que tiver acesso à Unidade de Pronto Atendimento, deverá obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico.”




Anexo 3: Fluxo das Cores

O QUE ESTOU AGUARDANDO?

- 
ROXO: CONDUTA MÉDICA
 (Doutor, todos os meus exames estão prontos!).
- 
ROSA: EXAMES LABORATORIAIS
 (Equipe, poderia verificar se estão prontos?).
- 
CINZA: EXAMES DE IMAGEM
 (Equipe, poderia verificar se estão prontos?).
- 
MARROM: INTERNAÇÃO
 (Equipe, já tenho um leito de internação?).

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

2.10 Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Fraturas

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Urgência e Emergência	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Fraturas	Versão: 00
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

As fraturas podem ser definidas como uma ruptura parcial ou total do osso e podem ser classificadas em abertas ou fechadas, de acordo com a lesão da pele ou não. Uma fratura fechada é quando não ocorre o rompimento da pele, já a exposta é quando a pele é rompida e o osso apresenta-se exposto.

2.OBJETIVO

Padronizar o cuidado de enfermagem ao paciente pediátrico ou adolescente com fraturas, tendo como objetivo diminuir a dor e possíveis sequelas.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes que serão internados no Pronto Socorro.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro, Técnico em Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar CR e acionar a equipe de Ortopedia de plantão.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
2	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
3	Providenciar acesso venoso, imediatamente.	Técnico em Enfermagem

4	Abrir o curativo no local da fratura, somente quando solicitado pelo médico.	Técnico em Enfermagem
5	Comunicar ao médico responsável, em caso de dor, e administrar medicação analgésica, conforme prescrição médica.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
6	Remover excesso de sujidade com soro fisiológico 0,9% ou água corrente, quando necessário	Técnico em Enfermagem
7	Realizar curativos em escoriações, caso paciente apresentar	Técnico em Enfermagem
8	Imobilizar o membro fraturado, conforme orientação médica.	Téc. em Gesso
9	Encaminhar paciente à sala de radiologia, conforme solicitação médica.	Téc. em Enfermagem/ Maqueiro
10	Colocar roupa hospitalar no paciente, caso paciente seja internado ou se ele for encaminhado ao Centro Cirúrgico	Téc. em Enfermagem
11	Comunicar ao Centro Cirúrgico informações do paciente, o diagnóstico e procedimento a ser executado conforme solicitação médica	Enfermeiro
12	Observar o tempo de espera, pois o paciente deverá submeter-se à cirurgia em até 6 horas após o trauma, caso o tempo seja superior, comunicar o tempo de espera ao Centro Cirúrgico.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

DONAHOO, C.A.; DIMON, J.H. Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.


TASHIRO, M.T.O. Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia. São Paulo: Atheneu, 2001.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou	xx/xx/xxxx Data
				Gestor(es) do(s) processo(s)	

2.11 Rotina de Enfermagem na sala de medicação rápida do Pronto Socorro

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Urgência e Emergência	Identificação: 000
Assunto: Rotina de Enfermagem na sala de medicação rápida do Pronto Socorro	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Espaço destinado a administração de medicamentos VO, EV (rápido), Inalação (*puff*), IM e SC.

2. OBJETIVO

Administrar medicações conforme prescrição médica em crianças e adolescentes de forma rápida e eficiente, a fim de minimizar os riscos de piora clínica.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes que necessitam de medicação rápida.

4. RESPONSÁVEIS

Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Após atendimento médico, encaminhar o paciente e seu acompanhante para a sala de medicação, de posse da prescrição médica.	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Acolher o paciente na porta da sala de medicação.	Técnico de Enfermagem
3	Identificar através da etiqueta colorida, sua classificação, priorizando o atendimento aos pacientes de classificação amarelo, e em seguida os de classificação verde, conforme estabelecido pelo Protocolo de Classificação de Risco da Unidade.	Técnico de Enfermagem
4	Orientar o paciente e acompanhante que aguarde o preparo da medicação na sala de soroterapia, se necessário.	Técnico de Enfermagem

5	Equipe de Enfermagem administrará a medicação face a identificação do paciente e prestará informações pertinentes ao procedimento.	Técnico de Enfermagem
----------	--	-----------------------

6. SIGLAS

VO – Via Oral

EV – Endovenosa

IM - Intramuscular

SC - Subcutânea

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BELLUCCI JÚNIOR, J.A.; MATSUDA, L.M. Implantação do acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: atuação do enfermeiro. Cienc Cuid Saude. 2012b;11(2):396-401.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização, 2004.


Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução nº 423/2012. Normatiza, no âmbito do sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, participação do enfermeiro na atividade de classificação de riscos.

6. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou	xx/xx/xxxx Data
			Gestor(es) do(s) processo(s)	

2.12 Monitorização cardíaca do paciente pediátrico

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
--	---

Setor: Urgência e Emergência	Identificação: XX
Assunto:	Versão: XX
Monitorização cardíaca do paciente pediátrico	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A monitorização dos pacientes é realizada por meio da aferição dos sinais vitais – batimentos cardíacos, pressão arterial, e ritmos cardíacos, fornecendo informações necessárias e valiosas a equipe, para que estes possam determinar o tratamento a ser iniciado e ou continuado.

2. OBJETIVO

Monitorizar os parâmetros, sinais vitais e ritmos cardíacos do paciente de forma segura e eficaz.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes que necessitam de monitorização cardíaca.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Equipe Médica; Equipe Multiprofissional.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar o material: <ul style="list-style-type: none"> • Monitor cardíaco; • 02 Bola de Algodão; • Solução alcoólica a 70%; • 01 par Luva de procedimento; • 01 Cabo de 5 derivações; • 05 Eletrodos; • 01 Aparelho de barbear. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Higienizar as mãos.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
3	Identificar-se para o paciente e acompanhante.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
4	Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem

5	Explicar o procedimento ao paciente e para o acompanhante.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica / Técnico de Enfermagem
6	Calçar luva de procedimento.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
7	Realizar limpeza da pele.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Limpar os pontos dos eletrodos no tórax do paciente com bolas de algodão embebidas em solução alcoólica a 70%.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Ligar o monitor multiparamétrico.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica /Técnico de Enfermagem
10	Colocar os eletrodos (5) no tórax do paciente.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
11	Adaptar os cabos aos eletrodos.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
12	Ajustar alarmes e parâmetros.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
13	Checar as derivações.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica
14	Observar ritmo da frequência cardíaca.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
15	Deixar o paciente confortável no leito.	Equipe Multiprofissional Enfermeiro Equipe Médica
16	Retirar luvas de procedimento.	Equipe Multiprofissional Enfermeiro Equipe Médica
17	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Equipe Multiprofissional Enfermeiro Equipe Médica
18	Manter o ambiente em ordem.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem
19	Realizar as anotações no prontuário do paciente.	Equipe Multiprofissional/ Enfermeiro/ Equipe Médica/ Técnico de Enfermagem

OBSERVAÇÃO:

Caso o traçado eletrocardiográfico se apresente não satisfatório, verifique se os eletrodos estão posicionados corretamente, caso contrário reposicione-os. Caso o monitor ou cabos apresentem defeitos, encaminhe-os para setor da Engenharia Clínica.

6. SIGLAS

Não se aplica.

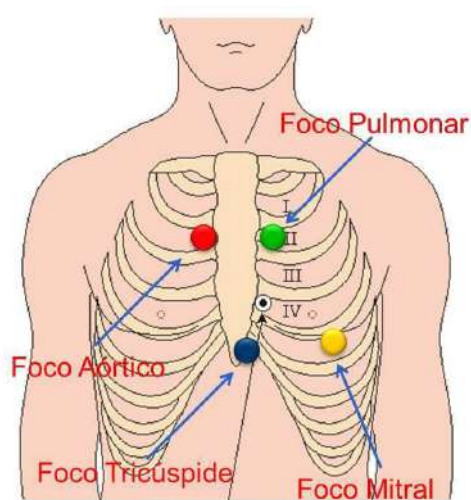
7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

KNOBEL, E. Terapia Intensiva: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.

PADILHA, K.G; VATTIMO, M.F.F; SILVA, S.C; KIMURA, M. Enfermagem em UTI: Cuidado do Paciente Crítico. São Paulo: Manole, 2010.

7. ANEXOS

ANEXO 1



Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original		Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou	
xx/xx/xxxx				xx/xx/xxxx	
Data				Gestor(es) do(s) processo(s)	Data

Estes documentos serão revistos sempre que os ajustes forem necessários e novos protocolos assistências instituídos, conforme demanda e necessidade da Instituição.

3.3.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA.

1. Preceitos básicos

- Exercer a Medicina sob estrito seguimento do Código de Ética Médica;
- Respeitar os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Usar o crachá de identificação em tempo integral, quando presente na Instituição;
- Comparecer adequadamente trajado para o exercício profissional, respeitando a norma regulamentadora NR32;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs fornecidos pela Instituição;
- Respeitar a padronização institucional de medicamentos, materiais e insumos. Em caso de itens não padronizados, discutir a necessidade com o gestor;
- Preencher corretamente os documentos, prontuário e formulários da instituição a fim de evitar abreviações e rasuras, como nas Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar - AIHs, Solicitação/Autorização de Procedimento de Ambulatorial - APACs etc;
- Anotar de forma correta o diagnóstico, tratamento, exames complementares e proceder com demais registros e anotações indispensáveis ao acompanhamento do caso, conforme normas do estabelecimento de saúde;
- Colaborar quando solicitado, com as Comissões Institucionais, conforme saber e expertise de sua especialidade com a finalidade de aprimorar processos ou procedimentos e solucionar problemas para alcançar os resultados esperados;

- Comparecer às reuniões clínicas atendendo as solicitações da direção e dos gestores, visando favorecer a comunicação assertiva de temas institucionais relevantes e participação de ações de melhoria contínua de desempenho e da qualidade bem como do Programa de Educação Médica Continuada.

1.1 Normas para com a equipe

- Ser cordial, empático, educado, e trabalhar em equipe com respeito a diversidade;
- Pautar o trabalho no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular - PTS quando pertinente;
- Contribuir para disseminação do conhecimento (saber compartilhado multiprofissional e interprofissional);
- Envolver a equipe multiprofissional no tratamento aos pacientes. Agregar saberes diferentes das diversas áreas de assistência contribuindo com toda cadeia do cuidado.

1.2 Normas com o paciente e atendimento

- Exercer a medicina com foco no Cuidado Centrado no Paciente, buscando sempre a excelência na assistência, independente de cor, gênero, raça, religião, convicções políticas, condição social ou econômica;
- Respeitar as rotinas e protocolos científicos, em conformidade com a literatura e com as normas estabelecidas pela Supervisão de Ensino e Pesquisa do HECAD;
- Atender os pacientes com respeito e promover sua participação ativa no projeto terapêutico, respeitando o princípio da Autonomia;
- Respeitar a expectativa do cliente;
- Proporcionar nível comparável de atendimento a pacientes com problemas de saúde equivalentes e respeitar os princípios bioéticos de igualdade e universalidade;
- Promover a transição segura de cuidados, seja no ambiente de saúde, seja na alta para domicílio, entendendo o projeto terapêutico singular como pertencente ao paciente e fazendo parte de um todo;

- Caso o prontuário eletrônico não esteja acessível, acionar o plano de contingência orientado pela gestão. Após preenchê-los, entregá-los ao agente administrativo da Emergência ou da UTI, para que sejam anexados ao Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP, na aba “documentos anexados”, quando o sistema tiver sido restabelecido.

2. Rotina Operacional Médica na Emergência

2.1 Objetivo

Padronizar a sequência de atendimento médico ao paciente no setor de emergência do HECAD.

2.2 Responsáveis

- Gerente Médico;
- Coordenador do Pronto Socorro;
- Coordenador Médico de UTI.

2.3. Fluxo de entrada na emergência

Embora o HECAD seja uma unidade cuja porta de entrada atenda pacientes referenciados e demanda espontânea, faz-se necessário a aplicação do modelo atendimento de Emergência, com classificação de risco, dentre outras perspectivas de humanização.

Pacientes podem dar entrada na emergência por regulação, demanda espontânea, ou, em caso de intercorrência em consulta ambulatorial. Alguns pacientes são admitidos já com vaga cedida em enfermaria ou unidade de terapia intensiva, nesse caso são admitidos diretamente na unidade para a qual a vaga foi cedida, não necessitando de demandar equipe médica do pronto socorro.

3. Rotina Médica de Atendimento na Emergência

O paciente admitido na Emergência é prontamente atendido pela equipe Médica e de Enfermagem que estiver no plantão, seguindo os protocolos para que seja adequadamente monitorizado e sejam tomadas as medidas necessárias ao caso. Inicialmente é recebido pela equipe de Pediatria que presta o primeiro atendimento. Cirurgia Geral e Ortopedia são especialidades disponíveis na Urgência e, se

necessário, envolver as especialidades em Pediatria (Gastroenterologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Pneumologia, Endocrinologia, Ortopedia, Nefrologia, Cardiologia, Hematologia, Alergia, Cirurgia Vasculiar, Oftalmologia, Reumatologia e Dermatologia), via parecer e discussão dos casos, visando otimizar o atendimento.

O paciente admitido via regulação para avaliação de urgência ou demanda espontânea será acolhido pela atendente de hospitalidade e posteriormente conduzido para classificação de risco. O fluxo de classificação de risco é realizado a partir do Protocolo de Manchester, conceituado como um dos métodos de triagem mais eficazes do mundo, pois ele permite que os atendimentos em hospitais sejam realizados de maneira muito mais rápida e eficaz, de acordo com a real necessidade dos pacientes, de forma justa e com tratamento imparcial para todos. Caso o paciente esteja regulado para internação de urgência será feito cadastro na recepção e encaminhamento para leito regulado.

Após classificação, paciente juntamente com o acompanhante é conduzido até a recepção para realização da ficha de atendimento portando documentos pessoais.

O Médico deverá avaliar o paciente contemplando anamnese (coleta da história clínica detalhada) exame físico minucioso, pedido de exames que julguem necessários e pedido de pareceres caso sejam pertinentes ao caso. Nesse primeiro momento, caso o Médico avalie que tais recursos complementares ao diagnóstico não são pertinentes, poderá decidir por alta para o domicílio ou internação na Unidade.

Caso o Médico opte por algum tipo de prescrição ao paciente ainda na emergência (exames, medicação, pedido de parecer etc.), o paciente poderá ser encaminhado para a realização de exames de imagem e, no retorno, será encaminhado para a sala de decisão/observação.

Na sala de decisão/observação (composta hoje por 6 leitos) permanecerão os pacientes que realizaram exame, receberam algum tipo de medicação, até a finalização da conduta médica. É dever do Médico manter o paciente e acompanhante, sempre informado sobre seu estado de saúde e propostas de cuidado. Mediante solução da pendência, o Médico responsável deverá reavaliar o paciente, conforme tópico a seguir.

3.1. Fluxo de saída da emergência

Após reavaliação, cabe ao Médico a definição de conduta, que pode ser:

- Alta para domicílio com orientações e receita de medicações orais;
- Conduta de internação na própria Unidade e para que isso seja concluído faz-se necessário que haja a evolução e prescrição do Médico que estava assistindo o paciente na emergência no último momento em que foi avaliado;
- Regulação para a Rede Especializada, com o apoio do NIR da Unidade.

Vale ressaltar que a conduta médica deve ser sempre lançada no sistema, e repassada ao paciente e/ou familiar por meio de orientações.

Caso haja indicação de internação, o paciente será encaminhado para sala de observação pediátrica onde permanecerá enquanto aguarda leito. Neste local, o Médico poderá realizar prescrição completa ao paciente, até o encaminhamento ao leito de internação.

4. Rotina Operacional Médica para as Unidades de Terapia Intensiva

4.1. Objetivo

Descrever a rotina da equipe médica do HECAD, quanto às atividades e atribuições fundamentais para o trabalho do plantonista na Unidade de Terapia Intensiva - UTI.

4.2. Responsáveis

- Gerência Médica;
- Coordenação Médica da UTI;
- Serviço Médico da UTI.

5. Rotina Médica de atendimento na UTI

5.1. Primeiro atendimento

A primeira avaliação médica no paciente da UTI seguirá o seguinte roteiro:

- História clínica detalhada e exame físico minucioso, com posterior evolução em prontuário;
- Discussão do caso quando aplicável para definição do diagnóstico. Deverão ser utilizados todos os recursos diagnósticos disponíveis. Sempre que solicitar um

exame ou um parecer, fornecendo toda informação necessária para a correta execução do exame e sua interpretação;

- Informar ao paciente ou familiar, quando apropriado, sobre sua doença e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que será submetido. É necessário também obter o consentimento, do familiar responsável pela criança ou adolescente, por escrito, para a realização de procedimentos invasivos, atos cirúrgicos e participação em pesquisas.

5.2. Acompanhamento do paciente na UTI

- Monitorar todos os pacientes sob sua responsabilidade na UTI, com atenção aos graves, gravíssimos e submetidos a procedimento invasivo com avaliações clínicas a curtos intervalos, observação de ventilador mecânico, drenos, secreções, incisões, curativos, complicações e o seu manuseio, registrando os dados significativos no prontuário;
- Realizar estudo de caso com equipe multidisciplinar da UTI, com o objetivo de estabelecer um PTS;
- Visita diária: o exame físico deverá ser completo, especialmente nos casos ainda sem definição, pois um achado novo poderá ser fundamental para o diagnóstico. Durante a visita, é dever do médico e direito do paciente/acompanhante ter acesso às informações sobre seu quadro clínico;
- A análise de resultados dos exames complementares e a necessidade de novos exames será discutida pela equipe.

5.3. Prescrição Médica

Para garantir maior segurança ao profissional e pacientes, sugere-se o seguinte roteiro para a prescrição médica:

- Cabeçalho – Nome e endereço da Instituição;
- Super inscrição – Dados do paciente: nome, endereço (andar, UTI, serviço, leito e número do prontuário), idade, peso, altura, alergias e símbolo;
- Inscricão – Nome do medicamento (de acordo com a DCB ou DCI), concentração (usando unidades de pesos e medidas do sistema métrico nacional), forma farmacêutica;

- Subinscrição – Dose (expressa em unidade usando unidades de pesos e medidas do sistema métrico nacional), diluente: tipo e volume (para administrações parenterais), posologia, quantidade total a ser dispensada e administrada, velocidade de infusão (para soluções intravenosas) e duração da terapia;
- Transcrição – Composta pelas orientações do prescritor para o farmacêutico e enfermeiro;
- Data;
- Identificação do prescritor – Carimbo com número do registro no Conselho Regional de Medicina/Odontologia e assinatura.

5.3.1 Sequência padrão de prescrição:

- a) Dieta;
- b) Soros;
- c) Medicamentos (EV, IM, SC, VO...);
- d) Cuidados específicos;
- e) Exames complementares.

5.3.2 Pontos Importantes:

- Enumerar todos os itens prescritos;
- Prescrever medicamentos padronizados;
- Preferir o nome genérico do medicamento;
- Evitar ordens não presenciais;
- Ao finalizar a prescrição, deixar nome completo legível e CRM;
- A ordem verbal, assim como a ordem realizada por terceiros, não será considerada como item da prescrição médica;
- Atualizar os itens da prescrição diariamente, prescrever preferencialmente até as 10 horas;
- Quando houver necessidade da equipe multiprofissional, prescrevê-la todos os dias;
- A prescrição é regida por uma base legal com os seguintes enunciados:

- Escrever por extenso;
- Forma legível;
- Obedecer ao vernáculo;
- Modo de usar o medicamento;
- É vedado o uso de forma secreta com o uso de códigos;
- Utilizar nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
- Assinatura do prescritor e inscrição no CRM;
- Usar a Denominação Comum Brasileira – DCB, em sua ausência a Denominação Comum Internacional – DCI.

5.3.4 Estrutura mínima para prescrição hospitalar de medicamentos:

- MEDICAMENTO DE USO ORAL: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via + orientações de uso.
- MEDICAMENTO DE USO ENDOVENOSO: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso.
- MEDICAMENTO DE USO TÓPICO: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + posologia + orientações de uso.
- MEDICAMENTO DE USO INALATÓRIO: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientações de uso.
- MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR OUTRAS VIAS PARENTERAIS: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via + posologia + orientações de administração e uso.

5.3.5. Prescrição de sangue e hemocomponentes

- Avaliar indicação de prescrição baseado no protocolo de indicação transfusional;
- Checar qual(is) hemoderivado(s) irá(ão) ser prescrito(s) (se concentrado de hemácias, plaquetas randômicas ou em aférese, plasma fresco congelado e crioprecipitado), não existindo indicação de sangue total em nenhuma hipótese;

- Checar se há indicação de modificação especial do hemocomponente e escolhê-lo com a modificação especial, se for o caso. Opções: filtrado (desleucocitado), irradiado e/ou lavado;
- Especificar a quantidade em número e em volume de cada hemocomponente;
- Especificar a frequência da realização do hemocomponentes;
- Especificar o tempo de infusão do hemocomponente;
- Preencher completamente a ficha de prescrição de hemocomponente específica no sistema. Tipo de hemocomponente + modificação (padrão, lavado, filtrado) + dose + posologia (unidade e volume) +via + tempo de uso;
- Se o paciente tiver histórico de reação transfusional, prescrever a medicação pertinente antes de iniciar o hemocomponente (anti-histamínico, se história de alergia e antitérmico, se história de febre);
- Estar ciente das reações transfusionais que podem ocorrer com cada hemocomponente e estar preparado para agir imediatamente em caso de reação transfusional. Com a evolução da prescrição, ampliação do arsenal terapêutico, vias de administração e avanço tecnológico na área farmacêutica, diversas informações passaram a ser necessárias em uma prescrição, para assegurar a compreensão e cumprimento dela. Algumas destas informações são consideradas elementos-chave, e quando ausentes, incompletos ou ilegíveis, agregam elevada probabilidade para a ocorrência de erros.

6. Resumo das responsabilidades Médicas na UTI

6.1. Plantão Diurno

- Receber o plantão, pessoalmente e pontualmente;
- Checar exames dos pacientes e os controles de enfermagem de todos os pacientes;
- Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames;
- Examinar os pacientes;
- Discutir os casos com os coordenadores;
- Participar da visita multidisciplinar;
- Executar o plano terapêutico definido na visita multidisciplinar;

- Realizar prescrição (idealmente, até 10 horas) e assinar;
- Definir as altas e passar para a enfermeira (idealmente, até 10 horas);
- Fazer a evolução médica diurna e assinar;
- Fazer os relatórios de alta no sistema somente no momento da alta;
- Aos sábados e domingos, fazer, conferir e liberar as prescrições;
- Admitir pacientes;
- Permanecer na UTI durante todo o horário do plantão;
- Passar visita com os familiares no horário programado para UTI (remota ou presencialmente, a depender do contexto pandêmico);
- Manter a organização da UTI.

6.2 Plantão Noturno


- Receber o plantão, pessoalmente e pontualmente;
- Examinar os pacientes;
- Fazer a evolução médica noturna e assinar;
- Solicitar exames laboratoriais de rotina;
- Verificar os resultados de exames laboratoriais e imagem;
- Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames;
- Admitir pacientes;
- Manter a organização da UTI.

6.3. Observações Importantes

- Em caso de piora clínica dos pacientes (PCR, insuficiência respiratória com necessidade de intubação, indicação de cirurgia de emergência, cateterismo etc.), comunicar sempre: Médico coordenador da UTI e equipe assistente;
- Atenção a liberação de prescrições no fim de semana. Conferir item por item, cuidadosamente;
- Realizar procedimentos médicos de forma asséptica e utilizar sempre que possível a ultrassonografia para guiar as punções.

Protocolos Assistenciais de Atenção Médica – Emergência e Unidades de Terapia Intensiva

Diagnóstico em medicina

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Diagnóstico em medicina	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Diagnóstico é a palavra da área da medicina que significa a qualificação de um médico em relação a uma doença ou condição física ou mental com base nos sintomas observados.

2. OBJETIVO

Identificar doenças, condição física ou mental, com base nos sintomas, elaborar o plano terapêutico e prever as manifestações no futuro.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar consulta médica.	Médico
2	Colher histórico clínico.	Médico
3	Realizar exame físico.	Médico
4	Solicitar exames complementares (laboratoriais e de imagem).	Médico

5	Sintetizar diagnóstico em uma ou mais doenças.	Médico
6	Prescrever tratamento.	Médico
7	Explicar e orientar ao paciente sobre diagnóstico e tratamentos necessários.	Médico

Obs. Diagnóstico laboratorial: Um conjunto de dados, formado a partir de sinais e sintomas, histórico clínico, exame físico e de exames complementares (laboratoriais, etc), é analisado pelo profissional de saúde e sintetizado em uma ou mais doenças.

Há 3 (três) pilares para um diagnóstico correto:

- Conhecimento médico suficiente;
- Coleta de dados completa;
- Raciocínio Clínico.

O Médico deve evitar julgamentos precipitados.

Descreve-se os diagnósticos comumente utilizados em Medicina como:

- **Clínico ou sindrômico:** descrição de sinais e sintomas: síndrome de derrame pleural, síndrome da mononucleose, síndrome de desconforto respiratório;
- **Etiológico:** descrição da causa;
- **Topográfico:** região do corpo;
- **Anatômico:** exatamente o ponto anatômico;
- **Patológico:** resultado do estudo da doença;
- **Funcional:** insuficiência renal crônica, ICC, insuficiência hepática;
- **Nutricional;**
- **Imunobiológico;**
- **Diagnóstico diferencial:** método usado para identificar doenças, feito por processo de eliminação;
- **Diagnóstico provisório:** aplicado em situações de dúvida, quando o médico presume que o paciente apresenta os critérios para um determinado transtorno, mas não dispõe de informação suficiente para o confirmar;
- **Há o diagnóstico social:** está, obviamente, relacionado com o serviço social. Define-se como o processo de elaboração e sistematização de informações como

uma forma de conhecimento e compreensão dos problemas e necessidades dentro de certo contexto, suas causas e sua evolução durante o tempo, levando-se em conta os fatores condicionantes, de risco e tendências.

O diagnóstico social permite também que ocorra uma discriminação destes em face de sua importância, visando listar as prioridades e estratégias de intervenção, com possibilidades de determinar o grau de viabilidade e eficácia de maneira precoce.

7. SIGLAS

Não se aplica.

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

10. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

Trocas de plantão entre médicos plantonista

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência	Identificação: 000
Assunto: Trocas de plantão entre médicos plantonista	Versão: 00
	Folha Nº: 1/2

1. INTRODUÇÃO

Realizar a troca de plantão sem que haja prejuízo para a unidade ou para os colaboradores médicos.

2. OBJETIVO

Nortear os colaboradores médicos quanto a rotina e normas das trocas de plantão.

3. PÚBLICO-ALVO

Médicos plantonistas.

4. RESPONSÁVEIS

Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Fazer a solicitação de Troca de Plantão no Sistema MV.	Médico
2	As Trocas de Plantões deverão ser realizadas, observando o período de competência da frequência (Dia 20 à 19 de cada mês), podendo realizar a troca em dois períodos.	Médico
3	O profissional com carga horária de 12 horas semanais, poderá realizar 01 solicitação de troca e 01 aceite por período de competência da frequência, podendo realizar a troca em dois períodos, observando que neste caso a troca é considerada nos dois períodos.	Médico
4	O profissional com carga horária de 24 horas semanais, poderá realizar 02 solicitações de trocas e 02 aceites por período de competência da frequência (Dia 20 à 19 de cada mês), podendo realizar a troca em dois períodos, observando que neste caso a troca é considerada nos dois períodos.	Médico
5	Analisar a solicitação de Troca de Plantão para emitir parecer.	Médico
6	Analisar a solicitação de Troca de Plantão excepcional para emitir parecer.	Médico

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. MONITORAMENTO

Não se aplica.

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

9. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou	xx/xx/xxxx Data
			Gestor(es) do(s) processo(s)	

Protocolo de dor torácica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de dor torácica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A dor torácica em pacientes pediátricos é um achado comum, tanto em consultórios quanto em serviços de emergência. Contudo, um número muito pequeno pode ter como etiologia alterações cardiovasculares. As causas mais comuns de dor torácica em Pediatria são, em ordem decrescente de frequência, musculoesqueléticas, pulmonares, gastrointestinais e psicológicas. Desta forma, uma história clínica bem feita, com especial atenção a potenciais fatores de risco cardiovasculares, é capaz de determinar se há causa cardíaca associada, diminuindo a indicação de exames complementares e, conseqüentemente, o uso inadequado dos recursos do sistema de saúde.

2. OBJETIVO

Padronizar e garantir a qualidade de atendimento prestado aos pacientes com dor torácica de forma objetiva e rápida.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos.

4. RESPONSÁVEIS

Médico; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTOS

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Coletar dados e Sinais Vitais do paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Pressão arterial (PA), • Frequência cardíaca (FC), • Frequência respiratória (FR) e • Saturação. 	Médico/ Enfermeiro
2	Identificar histórico do paciente, queixa principal, seguindo o fluxograma do Manchester. Sempre perguntar se possui alergia a algum tipo de medicamento e/ou substância.	Médico/ Enfermeiro
3	Verificar a presença dos sinais e sintomas que caracterizam uma dor torácica típica: <ul style="list-style-type: none"> • Caráter da dor; • Localização da dor; • Fatores desencadeantes; 	Médico/ Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
4	Classificação de risco para dor torácica. Avaliar queixa principal: Aperto/Pressão/ Queimação (Risco Laranja); Irradiação para MSE (Risco Laranja); Acompanhada de dispneia (Risco Laranja); Dor precordial.	Médico/Enfermeiro
5	Os sinais clínicos abaixo caracterizam sinais de maior risco: <ul style="list-style-type: none"> • Hipotensão arterial (PA sistólica 120 bpm); • Rebaixamento do nível de consciência; • Taquipneia (FR .45 IRPM) SAT <92%. 	Médico/ Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
6	Realizar Raio-x Toráx, ECG (se constatado dor típica), Ecocardiograma e exames laboratoriais (enzimas cardíacas).	Médico/ Enfermeiro
7	Realizar monitorização multiparamétrica contínua.	Enfermeiro
8	Avaliar exames e estabelecer conduta de acordo com os resultados e solicitar parecer da Cardiologia Pediátrica, após exames.	Médico

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção individual.

ECG - Eletrocardiograma

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) - Atualização 2013/2014.

I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência, Arq Bras Cardiol volume 79, (suplemento II), 2002.


V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST; Arq Bras Cardiol. 2015.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

Protocolo de pneumonia adquirida em comunidade - Crianças e adolescentes

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de pneumonia adquirida em comunidade - Crianças e adolescentes	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

Pneumonia é definida como uma condição tipicamente associada com febre, sintomas respiratórios e evidência de envolvimento do parênquima pulmonar, seja pelo exame físico ou presença de infiltrado na radiografia de tórax. Pneumonia adquirida na comunidade é definida clinicamente como a presença de sinais e sintomas de pneumonia em uma criança previamente saudável devido a uma infecção adquirida fora do ambiente hospitalar

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico no processo terapêutico de pneumonia adquirida em comunidade

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adolescente e/ou crianças.

4. RESPONSÁVEIS

Médico; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Realizar anamnese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação clínica e histórico do paciente; • Idade da criança; • Duração dos sintomas; • IVAS recente; • Sintomas associados; • Pneumonia recorrente; • Uso prévio de antibióticos; • Condição vacinal; • Contactantes doentes; • Presença de tosse, dor torácica, dispneia; • Sinais de esforço respiratório na ausência de estridor ou sibilos. <p>Exame físico: O exame físico deve estar voltado para busca de sinais de localização e de gravidade.</p> <p>Avaliação inicial: cor, padrão respiratório, estado de consciência - se qualquer um deles alterado, o paciente deve ser atendido em leito ou emergência e o tratamento guiado pela avaliação primária sistematizada.</p>	Médico/ Enfermeiro
2	Considerar diagnóstico de pneumonia provável em crianças com febre, dispneia, tosse e alteração do estado geral.	Médico/ Enfermeiro
3	<p>Sinais de ALERTA/GRAVIDADE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palidez; • Cianose; • Torpor ou inconsciente; • Esforço respiratório; • Febre. 	Médico/ Enfermeiro/Téc. de enfermagem
4	<p>Realização de exames:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografia de tórax; • US de tórax; • Hemograma. 	Médico
5	Prescrever exame no prontuário do paciente.	Médico
6	Acionar equipe e condutor para que o paciente realize os exames prescritos pelo médico, deixar o paciente preparado.	Médico/ Enfermeiro/Téc. de enfermagem
7	Oferecer O2 suplementar para crianças hipoxêmicas.	Médico /Enfermeiro/ Téc. de enfermagem
8	Pacientes candidatos a tratamento ambulatorial devem receber orientações por escrito sobre sinais de gravidade e ser reavaliados por um médico em 48 a 72 horas.	Médico

9	<p>Orientação oral e escrita de sinais de alarme para evolução desfavorável. Todo paciente ambulatorial deve ter reavaliação garantida em 48-72h após o diagnóstico (boa prática). Nesta consulta devem ser verificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmação do dia e horário de início de tratamento • Checar aderência ao tratamento (omissão de doses, armazenamento, preparação adequadas) • Curva térmica • Outros sintomas de gravidade (dispnéia, cianose etc.) 	Médico
10	<p>Sinais de deterioração clínica O tempo de tratamento pode ser individualizado levando em consideração quadros de evolução favorável, porém lenta. Considerar possibilidade de complicações e lembrar da alta incidência de pneumonia de etiologia viral em menores de 5 anos (especialmente, para casos diagnosticados sem confirmação radiológica e sem utilização de guias de predição clínica). Referenciar casos de evolução não esperada para unidades com maiores recursos diagnósticos.</p>	Médico
11	<p>Pacientes com necessidade de tratamento intra-hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia; • Crianças com suspeita ou documentação de pneumonia causada por um patógeno com maior virulência; • Impossibilidade de tratamento por via oral; • Crianças cujo seguimento ambulatorial não seja possível; • Falha de resposta à terapêutica ambulatorial. 	Médico
Tratamento		
1	<p>A escolha do antimicrobiano deve ser individualizada de acordo com a apresentação clínica. Amoxicilina (50mg/kg/dia de 8 em 8 horas ou 80-90/mg/kg/dia de 12 em 12 horas) pode ser o tratamento inicial em maiores de 5 anos para pneumonia adquirida em comunidade de etiologia bacteriana. Azitromicina 10mg/kg/dia em dose única diária, é alternativa igualmente aceitável em pacientes com clínica compatível com infecção por micoplasma (vide "síndromes clínicas/Pneumonia bacteriana atípica"). Em pacientes internados com necessidade de antimicrobiano intravenoso, ampicilina 200mg/kg/dia de 6 em 6 horas deve ser a primeira linha de tratamento. Penicilina cristalina 100.000 a 200.000 UI/kg/dia de 6 em 6 horas pode ser a primeira escolha de tratamento intravenoso, mas deve-se checar a disponibilidade devido a crises de desabastecimento nacional.</p>	Médico
2	<p>Considerar troca de amoxicilina por azitromicina (ou vice e versa) em caso de resposta inadequada ao primeiro tratamento. Considerar terapia combinada em pacientes críticos.</p>	Médico

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Protocolo de mordedura animal e humana

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de mordedura animal e humana	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

As mordeduras por humanos e por animais são problemas comuns nas emergências. O cuidado apropriado exige inspeção da ferida para avaliação dos danos em estruturas mais profundas e tomada de decisão quanto à necessidade de fechamento primário, fornecimento de antibióticos profiláticos para feridas com alto risco de infecção, e profilaxia para tétano e raiva.

2. OBJETIVO

Padronizar e garantir a qualidade de atendimento prestado aos pacientes que apresentam mordedura de animal e humana de forma objetiva e rápida.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adultos ou pediátricos.

4. RESPONSÁVEIS

Médico; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparar material: <ul style="list-style-type: none"> • Solução salina • Solução degermante • Outros materiais irão depender da conduta médica. 	Enfermeiro
2	Abordagem diagnóstica	Médico / Enfermeiro
3	Explicar ao paciente todo o procedimento	Médico/ Enfermeiro
4	Realizar a higienização das mãos e paramentação adequada com os EPIs: Gorro, máscara, luvas de procedimento e capote.	Médico/ Enfermeiro
5	Realizar a limpeza efetiva da lesão com solução salina associada a solução degermante ou iodada.	Médico/ Enfermeiro
6	A abordagem ao fechamento da ferida varia, em parte, com o tipo de mordida. <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a reparação de laceração por fechamento da ferida primária de lacerações simples devido as mordidas. Realizar curativo para que a ferida seja cicatrizada por segunda intenção.	Médico
7	Lesões puntiformes, ou em extremidades (mãos ou pés), com mais de 12 horas de evolução, ou lesões por esmagamento, não devem ser suturadas.	Médico
8	Deverá realizar avaliação cirúrgica, quando houver: lesões profundas com acometimento de articulações, ossos, vasos, músculos ou tendões; lacerações faciais complexas ou mesmo com sinais tardios de infecção (osteomielite, abscessos, dentre outros).	Médico/ Enfermeiro/Téc. de enfermagem
9	Prescrever tratamento adequado. O uso de antimicrobiano profilático deverá ocorrer nos casos de lesões: <ul style="list-style-type: none"> • Em face ou genitália; • Profundas associadas a comprometimento articular (principalmente em mãos), vascular ou linfático; • Por esmagamento; • Que venham a requerer procedimentos cirúrgicos; • Em pacientes imunocomprometidos (SIDA, usuários de medicações imunodepressoras, etc.); • Puntiformes profundas ocasionadas por gatos. O regime antimicrobiano de escolha, nos casos de mordedura animal e humana, é amoxicilina/clavulanato 875/125 12/12 horas por 5 dias, nos regimes profiláticos. Doxícilina com metronidazol podem ser usados como regime alternativo nos pacientes alérgicos à penicilina. Evitar o uso de cefalexina por não apresentar ação contra a P. multocida ou a Eikenella corrodens.	Médico
10	Nos casos de mordedura humana, quando o agente agressor possuir Hbsag positivo e a vítima não possuir anti-HBs positivo, proceder com a vacinação para Hepatite B e administração de imunoglobulina. Em caso de impossibilidade de realizar o exame no agressor e a vítima não souber seu estado vacinal, encaminhar para a vacinação e avaliar o uso de imunoglobulina.	Médico

11	Realizar profilaxia ou encaminhar paciente para realizar vacinação contra raiva e tétano, conforme tabela (conforme anexo - tabela 1 – profilaxia para raiva e tétano)	Médico
12	Realizar a internação após avaliação criteriosa ou encaminhar a paciente para tratamento especializado.	Médico

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção individual.

IGHAT – Imunoglobulina humana hiper imune antitetânica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil. Distrito Federal, 2011. HERLON, S. et al. Medicina de Emergência Abordagem Prática. 11. ed. Manole, 2016. HILL, D. R. Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Disease. 9. ed. Elsevier, 2012.


8. ANEXOS

Tabela 1 - Profilaxia para raiva e tétano.

HISTÓRICO DE VACINAÇÃO PRÉVIA PARA TÉTANO	FERIMENTO COM BAIXO RISCO		FERIMENTO COM ALTO RISCO		OUTRAS CONDUTAS PARA O FERIMENTO
	Vacina	SAT/Ighat	Vacina	SAT/Ighat	
Desconhece ou menos de 3 doses	Sim	Não	Sim	Sim	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza e desinfecção: lavar com soro fisiológico e substância oxidante • Fazer desbridamento quando houver indicação
3 doses ou mais e última dose há menos de cinco anos	Não	Não	Não	Não	
3 doses ou mais e última dose há mais de cinco anos e menos de 10	Não	Não	Sim	Não	
3 doses ou mais e a última há mais de 10 anos	Sim	Não	Sim	Sim	

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Protocolo de atribuições e atividades do médico plantonista na UTI

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: UTI	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de atribuições e atividades do médico plantonista na UTI	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Descrever as atividades e atribuições fundamentais para trabalho do plantonista nas UTIs. Para que a comunicação e o trabalho não tenham prejuízo para o colaborador e o paciente.

2. OBJETIVO

Orientar e instruir a equipe médica, quanto as atividades e atribuições fundamentais para trabalho do plantonista nas UTIs.

3. PÚBLICO-ALVO

Médicos plantonistas da UTI.

4. RESPONSÁVEIS

Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
-------	----------------	-----------------

1	Assumir o plantão pessoalmente e pontualmente.	Médico Diurno
2	Checar exames dos pacientes e os controles de enfermagem de todos os pacientes.	Médico Diurno
3	Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames.	Médico Diurno
4	Examinar os pacientes.	Médico Diurno
5	Discutir os casos com os coordenadores.	Médico Diurno
6	Participar da visita multidisciplinar.	Médico Diurno
7	Executar o plano terapêutico definido na visita multidisciplinar.	Médico Diurno
8	Realizar prescrição (idealmente até 10:00 h).	Médico Diurno
9	Definir as altas e passar para a enfermeira. (ideal até 10:00 h).	Médico Diurno
10	Fazer a evolução médica diurna.	Médico Diurno
11	Fazer os relatórios de alta no sistema somente no momento da alta.	Médico Diurno
12	Aos sábados e domingos, fazer, conferir e liberar as prescrições.	Médico Diurno
13	Admitir pacientes.	Médico Diurno
14	Permanecer na UTI durante todo o horário do plantão.	Médico Diurno
15	Passar visita com os familiares no horário programado para UTI.	Médico Diurno
16	Manter a Organização da UTI.	Médico Diurno
Plantonista Noturno		

1	Assumir o plantão pessoalmente e pontualmente.	Médico Noturno
2	Examinar os pacientes.	Médico Noturno
3	Realiza a evolução médica noturna.	Médico Noturno
4	Solicitar exames laboratoriais de rotina.	Médico Noturno
5	Verificar os resultados de exames laboratoriais e imagem.	Médico Noturno
6	Fazer as correções necessárias após verificação dos resultados de exames.	Médico Noturno
7	Admitir pacientes.	Médico Noturno
Orientações e normas de trabalho nas UTIs		
1	É proibido o uso de qualquer tipo de adorno no plantão. Isso inclui alianças, relógios, brincos, pulseiras, etc.	Médico
2	É necessário o uso de roupas privativas, disponíveis na rouparia do Hospital. Na saída do plantão a roupa privativa deverá ser dispensada no “hamper” específico que se encontra na entrada do hospital.	Médico
3	Ao chegar ao plantão, deixe bolsas e mochilas no repouso médico.	Médico
4	Assine sempre o seu plantão na folha de ponto. Após início das atividades o registro da entrada dos plantões será realizado através do aplicativo Dimob.	Médico
5	Se apresente para a equipe multidisciplinar responsável pelos seus leitos.	Médico
6	Se apresente aos demais colegas de plantão nas UTIs.	Médico
7	Na UTI, ajude os demais colegas em admissões e dificuldades. Da mesma forma, peça ajuda sempre que necessário. Trabalhe em equipe.	Médico
8	Permaneça na UTI durante todo o período do plantão. Comunique a equipe caso vá para o café (copa), almoço(copa), etc.	Médico
9	Tenha bom relacionamento com os colegas de plantão, médicos assistentes, familiares de pacientes e com a equipe multidisciplinar.	Médico

10	Em caso de piora clínica dos pacientes (PCR, insuficiência respiratória com necessidade de intubação, indicação de cirurgia de emergência, cateterismo, etc.), comunicar sempre: Médico coordenador da UTI e equipe assistente.	Médico
11	Atenção a liberação de prescrições no fim de semana. Conferir item por item cuidadosamente	Médico
12	Manter a organização do produto (evoluções, intercorrências, prescrições). Assinar os documentos eletrônicos com certificado digital.	Médico
13	Realizar procedimentos médicos de forma asséptica e utilizar sempre que possível a ultrassonografia para guiar as punções.	Médico
14	Em caso de dificuldade ou insegurança na realização de procedimento, peça sempre ajuda.	Médico

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não se aplica.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Ventilação Não Invasiva na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: UTI	Identificação: 000
	Versão: 00

Assunto: Ventilação não invasiva na Unidade de Terapia Intensiva Adulto

Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Ventilação Não Invasiva utiliza uma pressão inspiratória para ventilar o paciente através de interface naso-facial (IPAP [Pressão positiva inspiratória nas vias respiratórias] e ou PSV [Pressão de Suporte Ventilatório]) e uma pressão positiva expiratória para manter as vias aéreas e os alvéolos abertos para melhorar a oxigenação (EPAP (Pressão positiva expiratória nas vias respiratórias) e/ou PEEP (Pressão expiratória final positiva).

2. OBJETIVO

Identificar o paciente com indicação de VNI, assim como excluir contraindicações ao uso de VNI. Reavaliar o benefício e tempo de manutenção da ventilação não invasiva.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes que necessitam do uso de VNI.

4. RESPONSÁVEIS

Médico; Fisioterapeuta; Enfermeiro.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Separar material: Máscara de VNI	Médico/ Fisioterapeuta
2	Testar o equipamento (máscara e respirador).	Médico/ Fisioterapeuta
3	Explicar para o paciente todo o procedimento	Médico/ Fisioterapeuta
4	Verificar o entendimento.	Médico/ Fisioterapeuta
5	Combinar sinais para verificar situação na VNI (tudo bem, dor, desconforto).	Médico/ Fisioterapeuta
6	Posicionar o paciente mantendo a cabeceira elevada (30° a 45°)	Médico/ Fisioterapeuta
7	Monitoração cardíaca, da oximetria de pulso, de pressão arterial e frequência respiratória com alarmes ligados.	Médico/ Fisioterapeuta

8	Definir modo de VNI a ser utilizado (BiPAP (Bilevel Positive Pressure Airway – Pressão positiva em vias aéreas a dois níveis) ou CPAP (Continuous Positive Airway Pressure – Pressão positiva contínua das vias aéreas)	Médico/ Fisioterapeuta
9	Ajustar alarmes	Médico/ Fisioterapeuta
10	Ajustar a máscara apenas pressionando contra a face do paciente.	Médico/ Fisioterapeuta
11	Após checar conforto e tranquilizar o paciente, fixar máscara de forma confortável. Evitar vazamentos de ar e picos de pressão.	Médico/ Fisioterapeuta
12	Reavaliação constante na primeira hora	Médico/ Fisioterapeuta
13	Reavaliar o benefício e a tolerância à VNI, através da evolução de dispnéia, taquipnéia, estado de consciência, estado hemodinâmico e conforto do paciente.	Médico/ Fisioterapeuta
14	Em caso de alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica, vômitos, piora de parâmetros respiratórios, encerrar VNI e avaliar intubação.	Médico/ Fisioterapeuta
15	Manter acessórios para ventilação de urgência, intubação, intercorrências e carro de emergência perto do paciente.	Médico/ Fisioterapeuta/ Eq. de enfermagem

Observações:

Indicações de VNI:

- DPOC (Doença pulmonar obstrutiva crônica) exacerbado
- Edema agudo de pulmão cardiogênico.
- Estas indicações possuem o melhor grau de evidência.

Outras indicações em que pode ser útil e deve ser avaliado caso a caso, respeitando as contraindicações:

- Insuficiência respiratória hipoxêmica.
- Insuficiência respiratória hipoxêmica em pacientes imunossuprimidos.
- Após extubação (especialmente em pacientes que foram intubados por insuficiência respiratória aguda hipercápnica).
- No pós-operatório de cirurgias gastrointestinais e torácicas.
- Asma.

Contraindicações:

- Choque com instabilidade hemodinâmica.

- Parada cardíaca ou respiratória
- Incapacidade de cooperar, ou recusa do paciente, ou consciência comprometida (sonolência e não colaboração).
- Incapacidade de proteger as vias aéreas, ou secreção abundante.
- Falência orgânica não respiratória.
- Cirurgia facial, trauma ou deformidade.
- Obstrução de via aérea superior.
- Risco alto de aspiração.
- Hemorragia digestiva alta.
- Prolongamento da duração da ventilação mecânica antecipado.
- Anastomose esôfago recente.

Seu uso é controverso em pós-operatório recente de cirurgias de via aérea superior e gástrica.

6. SIGLAS

IPAP - Pressão positiva inspiratória nas vias respiratórias

PSV - Pressão de Suporte Ventilatório

EPAP - Pressão positiva expiratória nas vias respiratórias

PEEP - Pressão expiratória final positiva

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brochard L. Mechanical ventilation: invasive versus noninvasive. ERJ November 16, 2003 vol. 22 no. 47 suppl

Boldrini R., Fasano L., Nava S. Noninvasive mechanical ventilation. Curr Opin Crit Care 2012, 18: 48-53.

Diretrizes brasileiras de ventilação mecânica 2013.


8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por: Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx	Revisado por: Nome de quem revisou o documento xx/xx/xxxx	Aprovado para uso: xx/xx/xxxx
--	---	--

Data		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	Data
------	--	---	------

Protocolo de intubação orotraqueal no paciente com COVID.

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatorial	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de intubação orotraqueal no paciente com covid.	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

A intubação é um momento crítico no contexto do tratamento da COVID-19 e, por isso, é fundamental seguir protocolos que visam simplificar este processo, garantindo qualidade e segurança assistencial:

- Deve-se otimizar para a intubação ser exitosa na primeira tentativa;
- A intubação deve ser feita, preferencialmente, pelo profissional mais capacitado no momento;
- Deve-se garantir adequada proteção aos profissionais envolvidos no processo de intubação.

5. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico no processo de intubação orotraqueal no paciente com covid.

6. PÚBLICO-ALVO

Pacientes em internação crítica covid, com necessidade de intubação orotraqueal.

7. RESPONSÁVEIS

Médico; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Preparar Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bolsa auto insuflável (tipo AMBU®) ou bolsa com válvula unidirecional e adaptador com entrada lateral de fonte de oxigênio, filtro HEPA ou HME; Jogo de laringoscópio: cabo e lâminas retas (0, 1 ou 2) Curvas(3 e 4); Jogo de tubos endotraqueais (2.0 a 7.0); Cânulas orofaríngeas (Guedel 0-4); Guia de intubação tipo bougie ou estilete metálico (“fio guia”); Sistema de aspiração de secreções e sonda (ou ponta rígida) para aspiração; Máscara laríngea (1-4). 	Enfermeiro
2	Verificar a real necessidade de intubação.	Médico
3	Organizar todo o material necessário.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Realizar higienização das mãos e a paramentação adequada com os EPI's: avental, luvas. gorro. protetor facial (face-shield) ou óculos de proteção com fechamento lateral, máscara N95 ou PFF2.	Médico/Enfermeiro/ Téc.de enfermagem
5	<p>Posicionamento adequado:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elevar o dorso da cama ou maca a 45°, sempre que possível, e; Uso de coxim occipital. O preparo do coxim é feito com lençóis ou campos cirúrgicos dobrados, e colocados sob a região occipital. <p>Atente para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Não preparar coxim com lençóis ou campos cirúrgicos enrolados. Não posicionar o coxim na região cervical ou interescapular. 	Médico/Enfermeiro/ Téc. de enfermagem
6	<p>Realizar a Pré-oxigenação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deve ser realizada com o paciente em ventilação espontânea. • Se o paciente estiver recebendo oxigênio através de máscara facial com reservatório não reinalante, cateter nasal de alto fluxo (CNAF) ou ventilação não invasiva (VNI), deve-se manter estes dispositivos, ajustando para oxigenação máxima (FIO2 = 100%) No caso de estar sendo empregado cateter nasal de baixo fluxo (até 6 L/min), substituir por sistema bolsa-válvula-filtro-máscara alimentada por fonte de oxigênio de até 10 L/min. A pré-oxigenação deve ter a duração de 5 minutos, sempre que a situação clínica permitir. Contudo não se deve postergar a intubação no caso do paciente com instabilidade hemodinâmica. 	Médico/ Enfermeiro
7	<p>Pré-medicação:</p> <p>A pré-medicação é utilizada para mitigar os efeitos fisiológicos adversos da laringoscopia e intubação orotraqueal, devendo ser feita dois minutos antes do procedimento. Sugere-se</p> <ul style="list-style-type: none"> Lidocaína 2% (sem vasoconstritor): 1,5mg/kg IV, 2 minutos antes da laringoscopia, ou; Fentanil: 1-2mcg/kg IV. Expansão volêmica: SF 0,9% 500 ml e/ou infusão de noradrenalina (caso a expansão volêmica seja contraindicada). <p>A lidocaína não deve ser utilizada na presença de bloqueios cardíacos (bloqueios atrioventriculares e bloqueios de ramo). Na indisponibilidade da lidocaína ou do fentanil, sugerimos não realizar pré-medicação, não devendo ser utilizados outros agentes sedativos.</p>	Médico

8	<p>Bloqueadores Neuromusculares e sedativos: Doses recomendadas Sedativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cetamina – 2mg/kg IV OU • Etomidato – 0,3mg/kg IV OU • Propofol – 2mg/kg IV OU • Midazolam – 0,2mg/kg IV. <p>Bloqueadores Neuromusculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Succinilcolina – 1,5 mg/kg, IV OU • Rocurônio – 1,2mg/kg, IV. <p>Em pacientes com risco de hipercalemia ou doenças neuromusculares, a opção terapêutica será o rocurônio. Na falta dos bloqueadores acima, pode-se usar como opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cisatrácúrio: 0,2mg/kg, IV OU • Atracúrio: 0,5mg/kg, IV OU • Pancurônio: 0,1 mg/kg, IV OU • Vecurônio: 0,1mg/kg, IV. <p>Em casos de utilização destas medicações alternativas, haverá necessidade de ventilação sob máscara por pelo menos 3 minutos.</p>	Médico / Enfermeiro/ Téc. de enfermagem
9	<p>Intubação; Após a administração dos medicamentos, é realizada a intubação orotraqueal.</p>	Médico
10	<p>Cheragem da intubação: Após intubação, deve ser feita a Insuflação do balonete do tubo com volume de ar suficiente para conseguir uma vedação adequada. Auscultar o tórax do paciente, checando se ventilação está simétrica, e assegurando que a intubação não foi esofágica. Feito isto, o tubo deve ser fixado com tira adesiva ou cadarço. Solicitar RX, se disponível, para conferir a posição do tubo.</p>	Médico

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção individual.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Ammar et al. Sedation, Analgesia, and Paralysis in COVID-19 Patients in the Setting of Drug Shortages. *Journal of Int Care Med* 2021; 36 (2):157-174. 3. Karamchandani K et al. Challenges in Sedation Management in Critically Ill Patients with COVID-19: a Brief Review. *Current Anest Reports*. Ahead of print

8. ANEXOS

Não se aplica.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Data</p>
--	--	--

Protocolo de intubação orotraqueal

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: /Emergência/UTI/	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de intubação orotraqueal	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

A intubação é um momento crítica, por isso, é fundamental seguir protocolos que visam simplificar este processo, garantindo qualidade e segurança assistencial:

- Devemos otimizar para a intubação ser exitosa na primeira tentativa;
- A intubação deve ser feita, preferencialmente, pelo profissional mais capacitado no momento;
- Deve-se garantir adequada proteção aos profissionais envolvidos no processo de intubação.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico no processo de intubação orotraqueal.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes críticos, com necessidade de intubação orotraqueal.

4. RESPONSÁVEIS

Médico; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Verificar a real necessidade de intubação.	Médico
2	• Bolsa auto insuflável (tipo AMBU) ou bolsa com válvula unidirecional;	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

	<ul style="list-style-type: none"> • Jogo de laringoscópio: cabo e lâminas retas (0, 1 ou 2) Curvas(3 e 4); • Jogo de tubos endotraqueais (2.0 a 7.0); • Cânulas orofaríngeas (Guedel 0-4); • Guia de intubação tipo bougie ou estilete metálico (“fio guia”); • Sistema de aspiração de secreções e sonda (ou ponta rígida) para aspiração; • Máscara laringea (1 a 4). 	
3	Realizar higienização das mãos e a paramentação adequada com os EPI's: avental, luvas, gorro, protetor facial (face-shield) ou óculos de proteção com fechamento lateral, máscara facial.	Médico/ Enfermeiro/Téc. de enfermagem
4	<p>Posicionamento adequado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevar o dorso da cama ou maca a 45°, sempre que possível, e; • Uso de coxim occipital. O preparo do coxim é feito com lençóis ou campos cirúrgicos dobrados, e colocados sob a região occipital. Atente para: • Não preparar coxim com lençóis ou campos cirúrgicos enrolados. • Não posicionar o coxim na região cervical ou interescapular. 	Médico/ Enfermeiro/Téc. de enfermagem
5	<p>Realizar a Pré-oxigenação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizada com o paciente em ventilação espontânea. • Se o paciente estiver recebendo oxigênio através de máscara facial, cateter nasal de alto fluxo (CNAF) ou ventilação não invasiva (VNI), deve-se manter estes dispositivos, ajustando para oxigenação máxima (FIO2 = 100%) <p>A pré-oxigenação deve ter a duração de 5 minutos, sempre que a situação clínica permitir. Contudo não se deve postergar a intubação no caso do paciente com instabilidade hemodinâmica.</p>	Médico/Enfermeiro
6	<p>Pré-medicação:</p> <p>A pré-medicação é utilizada para mitigar os efeitos fisiológicos adversos da laringoscopia e intubação orotraqueal, devendo ser feita dois minutos antes do procedimento. Sugere-se</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lidocaína 2% (sem vasoconstritor): 1,5mg/kg IV, 2 minutos antes da laringoscopia, ou; • Fentanil: 1-2mcg/kg IV. Expansão volêmica: SF 0,9% 500 ml e/ou infusão de noradrenalina (caso a expansão volêmica seja contraindicada). <p>A lidocaína não deve ser utilizada na presença de bloqueios cardíacos (bloqueios atrioventriculares e bloqueios de ramo). Na indisponibilidade da lidocaína ou do fentanil, sugerimos não realizar pré-medicação, não devendo ser utilizados outros agentes sedativos.</p>	Médico
7	<p>Bloqueadores Neuromusculares e sedativos:</p> <p>Doses recomendadas</p> <p>Sedativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cetamina – 2mg/kg IV OU • Etomidato – 0,3mg/kg IV OU • Propofol – 2mg/kg IV OU • Midazolam – 0,2mg/kg IV. <p>Bloqueadores Neuromusculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Succinilcolina – 1,5 mg/kg, IV OU • Rocurônio – 1,2mg/kg, IV. <p>Em pacientes com risco de hipercalemia ou doenças neuromusculares, a opção terapêutica será o rocurônio. Na falta dos bloqueadores acima, pode-se usar como opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cisatracúrio: 0,2mg/kg, IV OU • Atracúrio: 0,5mg/kg, IV OU • Pancurônio: 0,1 mg/kg, IV OU 	Médico / Enfermeiro/ Téc. de enfermagem

	<ul style="list-style-type: none"> Vecurônio: 0,1mg/kg, IV. <p>Em casos de utilização destas medicações alternativas, haverá necessidade de ventilação sob máscara por pelo menos 3 minutos.</p>	
7	<p>Intubação; Após a administração dos medicamentos, é realizada a intubação orotraqueal.</p>	Médico
9	<p>Checagem da intubação: Após intubação, deve ser feita a Insuflação do balonete do tubo com volume de ar suficiente para conseguir uma vedação adequada. Auscultar o tórax do paciente, checando se ventilação está simétrica, e assegurando que a intubação não foi esofágica. Feito isto, o tubo deve ser fixado com tira adesiva ou cadarço. Solicitar RX, se disponível, para conferir a posição do tubo.</p>	Médico

6. SIGLAS

EPI's – Equipamentos de proteção individual.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


www.amib.org.br 2. Ammar et al. Sedatio, Analgesia, and Paralysis in COVID-19 Patients in the Setting or Frug Shortages. Journal of Int Care Med 2021; 36 (2):157-174. 3. Karamchandani K et al. Challenges in Sedation Management in Critically Ill Patients with COVID-19: a Brief Review. Current Anest Reports. Ahead of print

8 ANEXOS

Não se aplica.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Gestor(es) do(s) processo(s) Data</p>
--	--	--

Traumatismo crânio encefálico pediatria

<p>Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p><u>PROTOCOLO MÉDICO</u></p>	
<p>Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO</p>	<p>Identificação: 000</p>
<p>Assunto: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO</p>	<p>Versão: 00</p>

1. INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico na infância é causa frequente de atendimento nas emergências do Brasil e do mundo. Reconhecer precocemente a gravidade do traumatismo cranioencefálico e oferecer o manejo adequado reduz, de forma acentuada, a morbimortalidade.

O TCE é responsável por mais de 600.000 consultas por ano em emergências pediátricas nos EUA¹ e a principal causa de morbimortalidade em crianças no mundo. No Reino Unido, estima-se uma taxa de mortalidade de 5,3 mortes a cada 100.000 crianças, chegando a 23% nos casos graves. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que o trauma por acidente automobilístico está entre as maiores causas de óbito entre crianças de 5 a 14 anos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), 54,7% das internações no ano de 2012 foram por acidentes de transporte, quedas ou agressões na faixa etária de 0 a 14 anos. Se utilizarmos como referência a faixa etária entre 10 a 14 anos a taxa sobe para 58%. Dados mais recentes demonstram que de janeiro a setembro de 2017 foram registradas mais de 33 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS) classificadas como causas externas entre 5 e 9 anos. Não foram encontrados dados específicos para TCE na fonte relacionada.

Além dos acidentes automobilísticos, as causas mais comuns de TCE em pediatria são atropelamentos, acidentes de bicicleta, quedas de altura e lesões decorrentes da prática esportiva. O TCE por abuso ou maus-tratos, pode ocorrer pela síndrome do bebê sacudido (shaken baby), por lesões diretas, lesões penetrantes ou por compressão. Nos menores de 1 ano de vida, a causa mais comum é a síndrome de bebê sacudido.

Aproximadamente 5000 crianças são desativadas devido ao TCE a cada ano. Além disso, os custos do tratamento para o TCE são de aproximadamente US \$ 2,6 bilhões por ano. Nos países desenvolvidos, o TCE é a causa mais comum de morte e incapacidades relacionadas ao trauma na infância. Apesar da maior sobrevivência em crianças com TCE, a incapacidade é significativa, sendo associada a gravidade da lesão.

2. OBJETIVO

Reconhecimento do traumatismo cranioencefálico (TCE) em pacientes pediátricos e instituição de medidas terapêuticas precoces para minimizar a morbidade e reduzir a taxa de mortalidade.

3. PÚBLICO-ALVO

Profissionais que atuam diretamente nos cuidados dos pacientes pediátricos internados no HECAD.

4. RESPONSÁVEIS

Intensivistas pediátricos assistenciais na Unidade de Terapia Intensiva do HECAD.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO <ul style="list-style-type: none"> Inclusão - pacientes admitidos no HECAD com diagnóstico de TCE; Exclusão - pacientes admitidos no HECAD com diagnóstico de TCE; 	Médico
2	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES Avaliação inicial, orientação diagnóstica, monitorização e tratamento, devendo-se sempre minimizar as lesões secundárias, associadas ao TCE.	Médico
3	Definição O TCE ainda é uma causa importante de morbidade e mortalidade na faixa etária pediátrica. Estatísticas nacionais são imprecisas, porém sabe-se que as mortes em pediatria associadas a traumas correspondem à: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 40%, nas idades entre cinco e nove anos; ✓ 18%, nas idades entre um e quatro anos. ✓ Principais causas: <ul style="list-style-type: none"> acidentes domésticos; quedas da própria altura; acidentes automobilísticos; esportes; violência contra a criança (síndrome da criança sacudida - shaken baby syndrome); Existem dois picos de incidência: infância precoce (quedas) e adolescência (acidentes automobilísticos). O prognóstico neurológico destes pacientes é determinado pela lesão inicial e pelos eventos fisiopatológicos secundários à injúria inicial.	Médico
4	Fisiopatologia As lesões causadas pelo TCE podem ser divididas entre primárias e secundárias: <ul style="list-style-type: none"> - As primárias podem ser decorrentes do traumatismo direto (lesões extracranianas, fraturas, hematoma extradural) e do 	Médico

	<p>cisalhamento/aceleração-desaceleração (hematoma subdural, hemorragia subaracnóidea, lesão axonal difusa);</p> <p>- As secundárias são decorrentes de eventos sistêmicos (hipotensão, hipóxia, distúrbios eletrolíticos) ou intracranianos (edema cerebral, hipertensão intracraniana - HIC, alterações perfusionais).</p>	
5	<p>Após o TCE os mecanismos compensatórios são ativados na tentativa de manter o fluxo sanguíneo cerebral (FSC) e a Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), a qual depende da Pressão Intracraniana (PIC). PIC normal: 0 até 15mmHg.</p> <p>- o FSC depende da demanda metabólica, da viscosidade sanguínea, da resistência vascular cerebral e dos níveis de pressão parcial de oxigênio (PaO₂) e de pressão parcial de gás carbônico (PaCO₂);</p> <p>- hipóxia/hipercapnia promove aumento do FSC devido à vasodilatação cerebral;</p> <p>- hiperóxia promove vasoconstrição e redução do FSC;</p> <p>- a PPC é a diferença da Pressão Arterial Média (PAM) e da PIC. A PPC normalmente varia entre 40-50mmHg, sendo que valores menores que 40mmHg, estão associados a pior prognóstico.</p>	Médico
6	<p>Avaliação Inicial</p> <p>A primeira avaliação do TCE sempre deve seguir a sequência inicial "ABCDE" do protocolo de atendimento do trauma:</p> <p>A – Airway;</p> <p>B – Breathing, C – Circulation, D – Disability, E - Exposure), com o paciente devidamente monitorizado.</p> <p>Manter a via aérea pérvia e oferecer oxigenioterapia:</p> <p>Indicação de intubação:</p> <p>- Escala de Coma de Glasgow (ECG) ≤ 8;</p> <p>- Sinais de HIC e iminência de herniação.</p> <p>Observação: caso seja indicada intubação orotraqueal (IOT), durante ou até mesmo após a avaliação inicial, as pré-medicações e medicações utilizadas na Sequência Rápida de Intubação (SRI) devem ser neuroprotetoras ou que, pelo menos, não prejudiquem a PPC ou FSC.</p>	Médico
7	<p>Cuidados na IOT</p> <p>Evitar hiperestender a coluna cervical;</p> <p>- manter a coluna cervical em posição neutra, se colar cervical presente, retirá-lo;</p> <p>- utilizar manobra de elevação da mandíbula;</p> <p>- usar SRI ou medicação para intubação a que esteja familiarizado;</p> <p>- medicações usadas na IOT úteis para controlar HIC grave: o etomidato (pode causar supressão adrenal) e o tiopental (pode causar depressão cardiovascular);</p> <p>- evitar o uso de cetamina (pode causar aumento da HIC);</p> <p>- caso necessite de sondagem gástrica, esta deverá ser oro gástrica, pelo risco de fratura de base de crânio; independe da presença ou ausência de sinais diretos ou indiretos;</p> <p>- manter a cabeça em posição neutra, com a cabeceira elevada entre 30 e 45°, após avaliação da via aérea;</p>	Médico
8	<p>Reconhecimento e tratamento rápido do choque e de hipotensão arterial</p> <p>- hipotensão é um marcador sensível de mortalidade;</p> <p>- ressuscitação volêmica sempre que necessário, seguindo as recomendações da reposição fluidica para o choque, alíquotas de 20ml/kg, o mais rápido possível, com solução salina; No caso do TCE, não é recomendado o uso de ringer lactato por risco de aumento do edema cerebral.</p> <p>- Manter a pressão arterial sistólica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acima de 70mmHg, nas crianças entre 1 – 12 meses; 	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> • Acima de 70mmHg + (2 x idade) mmHg, entre 1 ano e 10 anos; • Acima de 90 mmHg, nos maiores de 10 anos; 	
9	<p>Controle e reconhecimento de alterações eletrolíticas, principalmente em relação a hiponatremia</p> <p>Tratamento da hipoglicemia</p> <ul style="list-style-type: none"> • avaliar a glicemia; • TCE aumenta as demandas energéticas e a hiperglicólise; • Tolerar níveis glicêmicos 140- 180mg/dl. <p>Exames laboratoriais a serem coletados inicialmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • hemograma, eletrólitos, glicemia, bioquímica, coagulograma, gasometria, tipagem sanguínea/prova cruzada. <p>Sequência Rápida de Intubação</p> <p>1 - Pré-medicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lidocaína 1-2mg/kg/dose – atenua as respostas adrenérgicas e reduz o metabolismo cerebral. <p>2 - Sedoanalgesia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fentanil 1-5mcg/kg/dose – ação antiadrenérgica - Tiopental 1-3mcg/kg – ação neuroprotetora, desde que paciente esteja normo/hipertenso (ou seja, com PPC preservada). - Se instabilidade hemodinâmica, evitar o tiopental e pode-se usar o midazolam na dose de 0.2 a 0.3 mg/kg IV. <p>3 - Bloqueador neuromuscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rocurônio 0,6-1,2mg/kg/dose. 	Médico
10	<p>Reconhecimento e condução da HIC e iminência de herniação cerebral</p> <p>1 - Reconhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tríade de Cushing: hipertensão, bradicardia e alteração respiratória; - Modificação do estado neurológico (inquietação, irritabilidade, aumento da sonolência, incontinência) ou queda de dois pontos ou mais na ECG; - Exame alterado da pupila: assimetria, fixa ou pupilas dilatadas; - Postura: em extensão; <p>2 - Condução:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapêutica hiperosmolar; - Solução salina hipertônica a 3%; - Hiperventilação. <p>3 - Outras terapêuticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controle da dor; - Suporte nutricional; - Uso de corticoides; - Controle da temperatura; - Prevenção de convulsão; 	Médico
11	<p>APRESENTAÇÃO CLÍNICA E CLASSIFICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - A classificação do TCE em leve, moderado ou grave se dá pela ECG (ver quadro 1): - Condutas: <input type="checkbox"/> Leve: ECG 14-15: Observação clínica ou realização de Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, dependendo dos achados clínicos, conforme fluxograma (anexo 1). <input type="checkbox"/> Moderado: ECG 9-13: TC de crânio, obrigatória para definição e estratificação da lesão. <input type="checkbox"/> Grave: ECG < 8: TC imediata, após estabilização inicial do paciente, e encaminhamento do mesmo à UTI ou ao Bloco Cirúrgico, quando houver necessidade de intervenção imediata. - A TC de crânio é um exame imprescindível no TCE moderado e grave pois: 	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> avalia a integridade óssea; <input type="checkbox"/> detecta hemorragias, edema cerebral, infarto, contusão; <input type="checkbox"/> revela desvio de linha média; <input type="checkbox"/> permite o estudo dos ventrículos cerebrais. <p>- Após a realização do exame, com definição e estratificação da lesão, existem algumas indicações da repetição do mesmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ausência da melhora ou piora neurológica (avaliado pelo ECG); <input type="checkbox"/> aumento persistente da PIC ou não redução da mesma (quando paciente monitorizado); <input type="checkbox"/> quando o paciente encontra-se sedado e a avaliação neurológica fica prejudicada. 	
12	<p>MONITORIZAÇÃO NEUROLÓGICA</p> <p>- Monitorização da PIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indicada apenas em TCE grave; <input type="checkbox"/> Utilizar preferencialmente cateter intraventricular, pois permite drenagem líquórica de alívio; <input type="checkbox"/> A PIC normalmente varia entre 7-15mmHg, estando indicadas medidas de redução da mesma quando o valor supera 20mmHg por mais de 5 minutos; <input type="checkbox"/> Não há contraindicações absolutas. Distúrbios de coagulação são contraindicações relativas. <p>- Saturação de oxigênio venoso de bulbo jugular (SjO2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obtida por meio da cateterização da veia jugular interna até o bulbo da jugular. Coletada gasometria do cateter e avaliada saturação. O valor normal é entre 55-75%; <input type="checkbox"/> Por meio da SjO2 é possível mensurar a extração cerebral de oxigênio (ECerO2). O cálculo da ECerO2 se dá pela diferença entre a saturação não-invasiva, obtida por oxímetro, ou invasiva, por gasometria arterial, e a SjO2. A ECerO2 normalmente varia entre 24-42%; <input type="checkbox"/> Em pacientes que a ECerO2 esteja acima de 42% e a SjO2 abaixo de 55%, infere-se que há baixo FSC ou oferta inadequada de oxigênio. Quando a ECerO2 está abaixo de 24% e a SjO2 está acima de 75%, infere-se que há hiperfluxo cerebral ou baixo consumo de oxigênio. 	Médico
13	<p>TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO</p> <p>A. Medidas não-farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabeça em posição neutra e elevação a 30°; - Hiperventilação apenas em paciente com monitorização da PIC: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> indicada: PIC > que 40mmHg e não responsiva a outras medidas; <input type="checkbox"/> ter como alvo uma hiperventilação leve (PaCO2 entre 30 – 35mmHg) nas crianças que apresentam HIC refrataria. Caso seja disponível, monitorar com capnografia a PaCO2 no final da expiração; - Equilíbrio hemodinâmico: evitar hipotensão e tolerar hipertensão, caso - Manter normotermia: esta seja necessária para manter a PPC; - Manter a euvolemia com uso de substâncias isotônicas; - Correção de distúrbios eletrolíticos; - Manter normotermia: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> deve-se evitar a hipertermia, pois pode causar lesão cerebral secundária. <p>B. Medidas farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter sedação e analgesia contínuas: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> o esquema terapêutico mais utilizado é a associação de opioide com benzodiazepínico; <input type="checkbox"/> não há medicamento padronizado. Recomenda-se benzodiazepínicos, Fentanil ou Dexmedetomidina em doses 	Médico

	<p>habituais;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsão - tratar assim que reconhecida. <input type="checkbox"/> iniciar tratamento com Fenitoína; - Profilaxia de crises convulsivas com: <input type="checkbox"/> Fenitoína, 5-7mg/kg/dia, em pacientes com TCE grave; - Terapias hiperosmolares – existem duas opções: salina hipertônica e manitol: <input type="checkbox"/> A salina hipertônica possui vantagens teóricas sobre o manitol: <ul style="list-style-type: none"> • Não leva à hipovolemia, sendo ainda mais indicada em pacientes com instabilidade cardiovascular; • Não está associada à edema rebote dos neurônios; • Restaura o potencial de membrana; • Estimula a liberação do peptídeo atrial natriurético; Aumenta o débito cardíaco. 	
14	<p>Solução salina hipertônica 3%:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose = bolus de 2-5ml/kg em 30 min ou contínua na dose de 0,1-1mL/kg/h. Para obter a solução de cloreto de sódio (NaCl) 3%, dilui-se 15mL de NaCl, 20%, em 85mL (1ml diluição = 0,5mEq de sódio); - Tem como proposta manter a PIC menor que 20mmHg e/ou sódio sérico entre 145- 155mEq/L. Para o uso desta solução, a osmolaridade sérica deve ser menor que 360mOsm/L. <p>Manitol:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose= 0,25-1g/kg, podendo ser repetido; - Para o seu uso, a volemia do paciente deve ser garantida e a osmolaridade sérica deve estar menor que 310mOsm/L. <p>O uso de bloqueador neuromuscular contínuo é recomendado. Entretanto, como pode mascarar crises convulsivas, o seu uso é restrito a pacientes com eletroencefalograma contínuo;</p> <p>Barbitúricos, apenas se HIC for refratária a outras medidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tiopental, 10-90mcg/kg/min; <p>Não utilizar corticoide: o tratamento com corticoide não está relacionado à melhora da evolução funcional, diminuição da mortalidade e diminuição da PIC.</p>	Médico
15	<p>C. Medidas cirúrgicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Drenagem líquórica em pacientes com cateter intraventricular para monitorização da PIC; - Craniotomia descompressiva. 	Médico

7. SIGLAS

PIC – Pressão Intracraniana

HIC – Hipertensão Intracraiana

TCE - Traumatismo Cranioencefálico

ECG - Escala de Coma de Glasglow

IOT - Intubação Orotraqueal

NACL - Cloreto de Sódio

PaCO₂ - Pressão Parcial de Gás Carbônico

PAM- Pressão Arterial Média

PaO₂ – Pressão Parcial de Oxigênio

SRI - Sequência Rápida de Intubação

TC - Tomografia Computadorizada

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ADELSON, P David et al. Comparison of hypothermia and normothermia after severe traumatic-brain injury in children (Cool Kids): a phase 3, randomised controlled trial. The Lancet Neurology, [s.l.], v. 12, n. 6, p.546-553, jun. 2013. Elsevier BV.

ASTRAND, Ramona et al. Scandinavian guidelines for initial management of minor and moderate-head trauma in children. BMC Medicine, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-19, 18 fev. 2016. Springer Nature.

CROMPTON, Ellie M. et al. Meta-Analysis of Therapeutic Hypothermia for Traumatic Brain Injury in Adult and Pediatric Patients*. Critical Care Medicine, [s.l.], v. 45, n. 4, p.575-583, abr. 2017. Ovid Technologies (WoltersKluwer Health).


GRAWAL, Shruti. Neuroprotective measures in children with traumatic brain injury. World Journal Of Critical Care Medicine, [s.l.], v. 5, n. 1, p.36-46, 2016. Baishideng Publishing Group Inc

9. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Manejo asma grave uti pediátrica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>		
Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO		Identificação: 000
Assunto: MANEJO ASMA GRAVE UTI PEDIÁTRICA		Versão: 00
		Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

Asma é uma doença pulmonar obstrutiva que se caracteriza por inflamação crônica das vias aéreas e hiper-reatividade. Diante de determinados estímulos ocorre broncoconstrição reversível com ou sem tratamento. Tosse, pior à noite ou ao amanhecer, sibilância e opressão torácica são os sintomas mais frequentes.

A prevalência da asma é alta no mundo todo, acometendo cerca de 334 milhões de indivíduos. É a doença crônica mais frequente em pediatria, com grande morbidade e alto consumo de recursos em saúde. Estudo epidemiológico recente realizado no Brasil com adolescentes de 12 a 17 anos identificou 13% de prevalência de asma, com variação regional, predominando na Região no Sul do país (19,8%). A mortalidade por asma ainda é baixa, mas apresenta magnitude crescente em diversos países. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade vem aumentando nos últimos 10 anos, correspondendo a 5 a 10% das mortes por causa respiratória, com elevada proporção de óbitos domiciliares. Apesar dos casos de asma grave serem apenas 5 a 10% do total de pacientes com asma, apresentam maior morbimortalidade relativa e são responsáveis por um consumo desproporcionalmente alto dos recursos de saúde em relação aos grupos de menor gravidade. Pacientes com asma grave não controlada procuram 15 vezes mais as unidades de emergência médica e são hospitalizados 20 vezes mais do que asmáticos moderados.

Reconhece-se, portanto, a importância de se fazer o diagnóstico precoce, classificar o paciente de acordo com a gravidade e evitar as exacerbações na faixa etária pediátrica e de adolescente. Tais medidas permitirão mudar o retrato das emergências no Brasil, visando à diminuição da morbimortalidade dessa doença crônica, permitindo seu controle e, quando possível, impedindo sua evolução para distúrbios ventilatórios obstrutivos de diferentes níveis de gravidade.

2. OBJETIVO

Padronizar a assistência ao paciente pediátrico com asma grave e instituir medidas terapêuticas precoces para minimizar a morbidade e reduzir a taxa de mortalidade.

Identifica-se a gravidade por sinais e sintomas (uso de musculatura acessória, sibilos inspiratórios e expiratórios, respiração paradoxal, cianose, taquidispneia, tosse, letargia ou agitação psicomotora, pouca tolerância ao exercício, atividades diárias

prejudicadas) e pelo escore pediátrico de gravidade da asma, além da necessidade do uso de β_2 agonista, de corticoide sistêmico ou aumento do esteroide inalatório. Entre as medidas objetivas, a de maior relevância é a saturação do O₂: que se for < 91% significam dificuldade respiratória grave.

3. PÚBLICO-ALVO

Pediatras/Intensivistas pediátricos; Enfermagem.

4. RESPONSÁVEIS

Intensivistas pediátricos assistenciais na UTI do HECAD.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Definição: Asma Brônquica é uma doença inflamatória crônica caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas e limitação ao fluxo aéreo reversíveis. Estado de Mal Asmático é a insuficiência respiratória causada pela crise de asma, que não respondeu ao tratamento convencional. Crise grave: fala com dificuldade, frequência respiratória acima de 50% da média, sonolência, agitação, palidez ou cianose, redução do murmúrio vesicular, saturação periférica < ou = 90%.</p>	Médico
2	<p>Fatores de risco - Não aderência ao tratamento profilático; - Falta de capacidade da família em reconhecer a severidade da crise; - Idade < 3 anos (via aérea de pequeno calibre); - Episódios anteriores graves de broncoespasmo; - Alergia alimentar desencadeante das crises.</p>	Médico
3	<p>Quadro clínico: Tosse, sibilância, dispneia, hipoxemia, disfunção cardiovascular, sonolência, confusão mental. Taquipneia, posição de tripé, aumento do tempo expiratório, cianose, tiragem, batimento de asas de nariz, uso da musculatura acessória. Ausculta pulmonar: Sibilos expiratórios, que progridem para inspiratórios e expiratórios e, em casos extremos, desaparecem pela grave diminuição do fluxo aérea, com conseqüente diminuição do murmúrio vesicular. Sinais de Alarme: Uso de musculatura acessória, discurso breve e fragmentado, incapacidade de deitar em posição supina, sudorese profusa, agitação, saturação de oxigênio < 95%, cianose, incapacidade de manter esforço respiratória, rebaixamento do nível de consciência.</p>	Médico
4	<p>Classificação O Pediatric asthma severity score (PASS) é instrumento validado para crianças acima de 2 anos de idade que estratifica o comprometimento da crise em leve, moderado e grave. PASS ≤ 7 LEVE; PASS 8-11 MODERADA; PASS ≥ 12 GRAVE</p>	Médico

5	Diagnóstico diferencial DRGE, aspiração de corpo estranho, traqueomalacia, tuberculose, doença cardíaca congênita, fibrose cística. Bronquiolite viral e lactente sibilante.	Médico						
6	Exames complementares - Rx de tórax: Solicitar apenas para excluir outros diagnósticos. - Hemograma e PCR: solicitar em casos de forte suspeita de doença bacteriana. - Gasometria: importante para estimar mal prognóstico (acidose respiratória) - Pico de fluxo expiratório (Peak flow): avaliar nível de obstrução de via aérea.	Médico						
7	Tratamento Reposição hídrica A desidratação é frequente, em função da diminuição da ingesta líquida e do aumento de perdas, principalmente as insensíveis por conta da taquipneia. Evitar volume excessivo. Oxigênio Manter Saturação > 94%. Iniciar com oferta de oxigênio a 40% com fluxo constante de 4 a 5L/minutos.	Médico						
8	Tratamento de 1º linha 1.1 - Beta 2-agonistas (Salbutamol e fenoterol): - Uso contínuo ou intermitente; nebulização intermitente ou aerossol dosimetrado. Parece haver uma maior vantagem no uso de nebulização por possibilitar administrar simultaneamente oxigênio umidificado e brometo de ipratrópio em crianças que apresentam queda de saturação quando a máscara de oxigênio é retirada para administrar o β_2 com espaçador. - Na primeira hora usar de 20 em 20 minutos por 3 vezes. Depois de 1 a 4 horas, de acordo com a resposta clínica. <table border="1" data-bbox="379 1182 1193 1518"> <tr> <td data-bbox="379 1182 644 1348">Criança < 5 anos</td> <td data-bbox="644 1182 1193 1348">2 a 6 inalações a cada 20 minutos por 2 a 3 doses (GINA 2018; NAEPP 2007) Se boa resposta: administrar 2 a 6 inalações a cada 3 a 4 horas por 24 a 48 horas (NAEPP 2007)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 1348 644 1518">Crianças > 6 anos</td> <td data-bbox="644 1348 1193 1518">6 a 10 inalações a cada 20 minutos por 2 a 3 doses durante a primeira hora (GINA 2018) Se boa resposta: administrar 6 a 8 inalações a cada 3 a 4 horas por 24 a 48 horas (NAEPP 2007)</td> </tr> </table> <p>*Salbutamol ou fenoterol solução para nebulização (5mg/ml): 10 a 20 gotas *Observação: Em caso de uso prolongado de B2-agonista atentar para a possibilidade de ocorrer hipopotassemia e hiperglicemia.</p> - Salbutamol venoso -> dose de ataque, seguido de 1 a 2mcg/kg/min (máxima de 5mcg/kg/min). 1.2 - Corticoide sistêmicos - Não são indicados nas crises leves que não receberam terapia com b2 agonista previamente ou que responderam muito bem a uma dose simples de b2 agonista. A via oral e a venosa apresentam a mesma eficácia para os corticoides no tratamento da crise asmática. <table border="1" data-bbox="379 1944 1193 1989"> <tr> <td data-bbox="379 1944 756 1989">Prednisolona ou prednisona</td> <td data-bbox="756 1944 1193 1989">1-2 mg/Kg/dia (máximo 60mg)</td> </tr> </table>	Criança < 5 anos	2 a 6 inalações a cada 20 minutos por 2 a 3 doses (GINA 2018; NAEPP 2007) Se boa resposta: administrar 2 a 6 inalações a cada 3 a 4 horas por 24 a 48 horas (NAEPP 2007)	Crianças > 6 anos	6 a 10 inalações a cada 20 minutos por 2 a 3 doses durante a primeira hora (GINA 2018) Se boa resposta: administrar 6 a 8 inalações a cada 3 a 4 horas por 24 a 48 horas (NAEPP 2007)	Prednisolona ou prednisona	1-2 mg/Kg/dia (máximo 60mg)	Médico
Criança < 5 anos	2 a 6 inalações a cada 20 minutos por 2 a 3 doses (GINA 2018; NAEPP 2007) Se boa resposta: administrar 2 a 6 inalações a cada 3 a 4 horas por 24 a 48 horas (NAEPP 2007)							
Crianças > 6 anos	6 a 10 inalações a cada 20 minutos por 2 a 3 doses durante a primeira hora (GINA 2018) Se boa resposta: administrar 6 a 8 inalações a cada 3 a 4 horas por 24 a 48 horas (NAEPP 2007)							
Prednisolona ou prednisona	1-2 mg/Kg/dia (máximo 60mg)							

	<table border="1"> <tr> <td>Hidrocortisona</td> <td>2-4 mg/Kg/dose a cada 4 – 6h (máximo de 250mg)</td> </tr> <tr> <td>Metilprednisolona</td> <td>0,5 – 1,0mg/kg/dose a cada 4– 6h (máximo de 60mg)</td> </tr> <tr> <td>Dexametasona</td> <td>IM: 0,3 a 1,7 mg/kg, dose única VO: 0,6mg/kg uma vez por dia por 1 ou 2 dias</td> </tr> </table>	Hidrocortisona	2-4 mg/Kg/dose a cada 4 – 6h (máximo de 250mg)	Metilprednisolona	0,5 – 1,0mg/kg/dose a cada 4– 6h (máximo de 60mg)	Dexametasona	IM: 0,3 a 1,7 mg/kg, dose única VO: 0,6mg/kg uma vez por dia por 1 ou 2 dias	
Hidrocortisona	2-4 mg/Kg/dose a cada 4 – 6h (máximo de 250mg)							
Metilprednisolona	0,5 – 1,0mg/kg/dose a cada 4– 6h (máximo de 60mg)							
Dexametasona	IM: 0,3 a 1,7 mg/kg, dose única VO: 0,6mg/kg uma vez por dia por 1 ou 2 dias							
	<p>1.3 - Brometo ipratropio</p> <ul style="list-style-type: none"> - É um agente anticolinérgico que promove broncodilatação através do relaxamento da musculatura brônquica. - Estudos demonstram que a associação com b2 agonista com brometo de ipratropio nos casos de crises asma moderada a grave resultam em melhor resposta broncodilatadora. - Deve considerar seu uso concomitante com b2 agonista no tratamento inicial de exacerbações graves ou em caso de má resposta a terapia inicial com B2 agonista nos casos moderados. <table border="1"> <tr> <td> <p>Brometo de Ipratrópio spray (20mcg/jato): 4 a 8 jatos (Dose máxima: 10 jatos)</p> <p>*na forma de spray, a medicação deve ser usada logo em seguida do B2</p> <p>Brometo de Ipratrópio solução para nebulização* (5mg/mL): 250-500 mcg/dose</p> <p>*oferecer fluxo de oxigênio a 6 a 8l/min e oferecido entre 10 a 20 min.</p> </td> </tr> </table>	<p>Brometo de Ipratrópio spray (20mcg/jato): 4 a 8 jatos (Dose máxima: 10 jatos)</p> <p>*na forma de spray, a medicação deve ser usada logo em seguida do B2</p> <p>Brometo de Ipratrópio solução para nebulização* (5mg/mL): 250-500 mcg/dose</p> <p>*oferecer fluxo de oxigênio a 6 a 8l/min e oferecido entre 10 a 20 min.</p>						
<p>Brometo de Ipratrópio spray (20mcg/jato): 4 a 8 jatos (Dose máxima: 10 jatos)</p> <p>*na forma de spray, a medicação deve ser usada logo em seguida do B2</p> <p>Brometo de Ipratrópio solução para nebulização* (5mg/mL): 250-500 mcg/dose</p> <p>*oferecer fluxo de oxigênio a 6 a 8l/min e oferecido entre 10 a 20 min.</p>								
9	<p>Tratamento de 2º linha</p> <p>2.1 - Sulfato de magnésio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar se não tiver resposta com corticoide sistêmico e B2 inalatório. - Dose Sulfato de magnésio 50% (500mg/ml): 25 a 75 mg/kg/dose (max 2g) *Diluir a uma concentração de 60mg/ml (max 200mg/ml) *a eficácia do uso de Sulfato Magnésio venoso < 5 anos possui baixa qualidade de evidência. * não há eficácia comprovada em usar Sulfato de Magnésio inalatório. <p>2.2 – Aminofilina/Teofilina</p> <p>Aminofilina ou teofilina não devem ser usadas para manejo da exarcebação asmática em vista de sua pobre eficácia e baixo perfil de segurança, com muitos efeitos adversos, quando comparada a grande eficácia de medicações como os beta agonistas.</p> <p>2.3 – Terbutalina</p> <p>Utilizada por via SC em pacientes com piora respiratória, que não dispõe de acesso vascular. Dose: 0,01mg/kg/dose</p> <p>2.3 -Epinefrina</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não é indicada de rotina para exarcebações asmáticas. - Adrenalina® intramuscular é indicada em conjunto com a terapia de primeira linha para os casos de asma associada com anafilaxia e angioedema. Dose recomendada 0.01 mg/kg (dose máxima 0.4mg) 	Médico						
10	<p>Recomendações</p> <p>MANEJO DAS CRISES LEVES (PASS < 7)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxigenioterapia para manter saturação de oxigênio maior ou igual a 94%. 	Médico						

	<ul style="list-style-type: none"> - Administração de β2-agonista 2-10 jatos de 2/20min, individualizando a dose de acordo com a gravidade e a resposta do paciente a medicação. - Administrar corticóides sistêmicos na primeira hora. - Administrar o brometo de ipratrópio se resposta pobre a uso inicial do β2-agonista, em forma de ataque de 4 a 8 jatos de 20/20 min, individualizando a dose de acordo com gravidade e resposta do paciente a medicação. 	
11	<p>MANEJO DAS CRISES GRAVES (PASS > 12)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxigenioterapia para manter saturação de oxigênio acima de 94% - Administração de β2 agonista 2-10 jatos de 20/20min, individualizando a dose de acordo com a gravidade e a resposta do paciente a medicação. - Se paciente grave, em máscara de oxigênio inalatório, com queda de saturação na retirada da mesma para fazer a administração do β2-agonista inalatório, considerar nebulização do β2-agonista mantendo fluxo de oxigênio de 6 a 8 ml/min, caso não haja resposta terapêutica adequada na administração com espaçador mesmo mantendo cateter nasal. - Administrar corticóides sistêmicos na primeira hora. Se impossibilidade de via oral, oferecer via venosa. - Administrar o brometo de ipratrópio já no primeiro atendimento com cada dose do β2 agonista, em forma de ataque de 4 a 8 jatos de 20/20 min, individualizando dose de acordo com gravidade e resposta do paciente a medicação. - Se deteriorização do estado clínico após a primeira medida, considerar: <ul style="list-style-type: none"> - Otimizar terapia de β2-agonista, repetindo o ataque, com doses maiores do medicamento, considerando associar novamente ataque com ipratrópio, de acordo com a gravidade e resposta. - Administrar Sulfato de magnésio venoso nos maiores de 5 anos. 	Médico
12	<p>Uso Azitromicina na asma grave</p> <p>As diretrizes da GINA 2019 recomendam o uso de macrolídeos como uma terapia complementar na asma grave e difícil de tratar. Consideram o uso de macrolídeos na manutenção da asma grave, tendo em vista o efeito imunomodulador da medicação. Indicado para pacientes que não respondem 48-72h do iniciado do corticoide e β2 inalatório.</p>	Médico
13	<p>Suporte Ventilatório na asma Grave</p> <p>O suporte ventilatório é realizado com ventilação com cateter nasal de alto fluxo, ventilação não invasiva e ventilação invasiva. O objetivo do suporte ventilatório em pacientes com asma grave não é normalizar os gases arteriais, mas reverter a hipoxemia (se presente), aliviar a fadiga da musculatura respiratória, e manter um nível de ventilação alveolar compatível com pH aceitável, ao mesmo tempo em que evita provocar iatrogenicamente hiperinsuflação e pressão intratorácica que reduza o débito cardíaco.</p> <p>Ventilação com cateter nasal de alto fluxo</p> <ul style="list-style-type: none"> - CNAF auxilia a ventilação por meio da redução da resistência inspiratória, eliminação do espaço morto anatômico nasofaríngeo e redução do trabalho metabólico. - Melhora do escore clínico em 2 horas. Uso de fluxo de 1 a 2L/min. <p>Ventilação não invasiva</p> <p>Vantagens: rapidez de instalação, evita lesão de vias aéreas, diminui o trabalho respiratório.</p> <p>- Desvantagens: desconforto ao paciente. - Cetamina: medicamento de escolha para uso da VNI (ação broncodilatadora). - Manter</p>	Médico

	<p>parâmetros fisiológicos: Pi 8-10 e Peep 4-5.</p> <p>Ventilação Mecânica Invasiva Indicado em casos de comprometimento hemodinâmico (mesmo com gasometria dentro da normalidade). - Objetivos: tratar hipoxemia e evitar a hipóxia, reverter a fadiga respiratória, regime ventilatório seguro. - Estratégia ventilatória é dirigida para a hipoventilação controlada (hipercapnia permissiva), ofertando volume corrente no limite superior (~8 a 10ml/kg)</p>	
14	<p>Casos refratários Quando a oxigenação e a ventilação ainda são inadequadas apesar da ventilação mecânica, as opções terapêuticas incluem broncoscopia, anestesia inalatória e suporte extracorpóreo à vida (ECLS). Broncoscopia: visa remover rolhas de muco. Anestesia inalatória (soflurano e sevoflurano): são potenciais broncodilatadores utilizados em crianças com asma quase fatal. Seu uso não é indicado em UTI pois os ventiladores não tem sistema de purificação adequado.</p>	Médico
15	<p>Fluxograma na prática clínica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese: breve história clínica - Tempo de início dos sintomas, gravidade dos sintomas, fatores desencadeantes, medicações prévias. 2. Avaliar o grau de desconforto respiratório, nível de consciência, presença de murmúrio vesicular, sinais de fadiga, classificar a crise (PASS: leve, moderada e grave). 3. Iniciar de imediato: <ul style="list-style-type: none"> - Oxigênio inalatório - Salbutamol spray ≤ 5 anos: 4 – 6 jatos > 6 anos: 8 – 10 jatos - Se persistir sibilância, associar corticoide sistêmico: Prednisolona (se condições VO) ou hidrocortisona (EV) 4. Se paciente muito grave, associar nebulização com atrovent na primeira hora para otimizar tratamento. 5. Se persistência do Broncoespasmo: Administrar sulfato de magnésio (25 a 70mg/kg EV em 20 minutos) 6. Não atrasar o tratamento por causa dos exames necessários: RX de tórax, gasometria arterial, hemograma completo, PCR, hemocultura (se febre), eletrólitos séricos. 7. Em casos graves, a ventilação não-invasiva não é recomendada. Optar pela ventilação mecânica invasiva <ul style="list-style-type: none"> - Estratégia ventilatória: frequência respiratória baixa, relação I:E 1:3 a 1:4, PEEP baixo, pressão de platô baixa, volume corrente baixo, sedação contínua (avaliar necessidade de curarização); - Estratégia da hipercapnia permissiva. 8. Fisioterapia com cuidado (nos pacientes secretivos ou com atelectasia: não estressar o paciente!) 9. Monitorizar o paciente, corrigir acidose metabólica se pH < 7,20. 10. Se paciente não apresentar melhora do quadro de asma nas primeiras 48h, associar Azitromicina (imunomodulador) mesmo na ausência de febre e exames dentro da normalidade. 11. Considerar antibioticoterapia se sinais de pneumonia ou febre (avaliar cobertura para Mycoplasma). 12. São indicações de intubação traqueal: acidose respiratória mantida com pH < 7,20, sinais de fadiga, alteração do nível de consciência já em tratamento com oxigenioterapia e broncodilatadores, sem resposta. Na sedação, evitar fentanil e morfina (liberam histamina). Uso de Cetamina recomendado (1 a 	Médico

	3mg/kg).	
--	----------	--

	13. Após melhora clínica, avaliar uso de corticoide inalatório e acompanhamento ambulatorial.	
--	---	--

7. SIGLAS

ECLS – Oxigenação por Membrana Extracorporal

VO – Via Oral

VE – Via Endovenoso

VNI – Ventilação Não Invasiva

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

PCR – Parada Cardiorrespiratória

IM – Intramuscular

PASS – Escore de Gravidade de Asma Pediátrica

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA 2018

DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 919349, Acute asthma exacerbation in children; updated 2018 Jun 21

Maue DK; Krupp N; Rowan CR. Pediatric Asthma severity score is associated with critical care interventions. World J Clin Pediatric 2017 February 8; 6(1):34-39

Powell CV, Kolamunnage-Dona R, Lowe J, Boland A, Petrou S, Doull I, Hood K, Williamson PR; MAGNETIC study group. MAGNEsium Trial In Children (MAGNETIC): a randomised, placebo-controlled trial and economic evaluation of nebulised magnesium sulphate in acute severe asthma in children. Health Technol Assess. 2013 Oct;17(45):v-vi, 1-216

Maue DK; Krupp N; Rowan CR. Pediatric Asthma severity score is associated with critical care interventions. World J Clin Pediatric 2017 February 8; 6(1):34-39

9. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
----------------	---------------	--------------------

Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data
--	--------------------	----------------------------------	---	--------------------

Protocolo de extubação na pediatria

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	agir
Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO	Identificação: 000
Assunto: PROCOLO DE EXTUBAÇÃO NA PEDIATRIA	Versão: 00
	Folha N°: 1/6

1. INTRODUÇÃO

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a Ventilação Mecânica (VM) é o recurso mais utilizado por manter a oxigenação e/ou a ventilação dos pacientes de maneira artificial até que o paciente apresente melhora clínica e laboratorial. A VM repara a Hipoxemia e a Acidose Respiratória (Hipercapnia), impede a fadiga da musculatura respiratória e diminui o desconforto muscular respiratório, além de minimizar os índices de morbidade e mortalidade. A VM prolongada pode levar a lesão pulmonar, barotrauma, repercussões hemodinâmicas, tromboembolismo, pneumonia, trauma da via aérea pela instituição da via aérea artificial e pela insuflação inadequada do cuff, atrofia muscular respiratória, e toxicidade pelo oxigênio, favorecendo o aumento do tempo da VM e internação. Sendo assim, para que se reduzam as complicações é necessário que o desmame ventilatório (DVM) seja realizado de maneira precoce, respeitando as características clínicas de cada criança.

2. OBJETIVO

A Ventilação Mecânica (VM) é utilizada para manter a oxigenação e ventilação dos pacientes, até que apresente melhora. Prolongar a VM, pode acarretar problemas, desta forma o desmame da ventilação mecânica (DVM) precisa ser breve e precisa-

se identificar parâmetros que se comportem como preditores de sucesso e insucesso do desmame da VM em pacientes pediátricos. O tempo reduzido de VM preconizado atualmente tem como objetivo principal reduzir complicações uma vez que a presença do tubo traqueal por um período superior a três dias, aumenta de forma significativa o risco de lesões associadas a VM.

O termo desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea, nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas. O desmame da ventilação mecânica é um processo de readaptação, cujo objetivo é que o paciente reassuma a ventilação espontânea sem mais necessitar de ventilação artificial.

O processo de desmame envolve primeiro a avaliação da habilidade do paciente em respirar sem o ventilador e depois a habilidade de continuar respirando sem a via aérea artificial. O processo de retirada da ventilação mecânica pode geralmente ser iniciado logo que o paciente possua capacidade de iniciar um esforço inspiratório e quando o nível de consciência permita alguma comunicação. Essa condição é relativa em crianças, especialmente em neonatos, em que é muito mais importante considerar o estado de alerta e a responsividade do que a capacidade de comunicação

3. PÚBLICO-ALVO

Pediatras/Intensivistas pediátricos; enfermagem; fisioterapia

4. RESPONSÁVEIS

Intensivistas pediátricos assistenciais na UTI do HECAD.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Quadro clínico para possível extubação: - Adequada frequência respiratória - Ausência de utilização de musculatura acessória - Ausência de batimentos de asa de nariz - Estabilidade hemodinâmica - Ausências de crise convulsivas	Médico
2	Fases para desmame ventilatório: 1. Desmame durante a ventilação -> diminuição dos parâmetros do ventilador até o paciente conseguir independência ventilatória. 2. Extubação -> quando o paciente é submetido a curtos períodos de VM que ocorre em sua maioria nas primeiras 24 horas. A extubação pode ser realizada após testes de	Médico

	<p>respiração espontânea, sendo os métodos mais utilizados o modo Pressão de Suporte (PS) + Pressão expiratória final positiva (PEEP) e Tubo T</p> <p>3. Desmame do oxigênio suplementar -> retirada do oxigênio suplementar após a extubação.</p>																	
3	<p>Avaliação clínica inicial</p> <p>O sucesso do desmame em pacientes submetidos à VM tem sido definido utilizando sinais e sintomas clínicos. Apesar de protocolos e experiências de vários serviços, a falha na extubação tem ocorrido em torno de 24% dos casos. Por isso, alguns índices e parâmetros são utilizados para prever e identificar o momento da extubação. Estes incluem diferentes funções fisiológicas do sistema respiratório, que permitem a identificação do momento em que paciente está capaz de assumir e manter a sua ventilação, evitando a ventilação por tempo prolongado e suas complicações.</p> <p>Os índices mais utilizados são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - resolução da etiologia da insuficiência respiratória e função respiratória estável - FiO₂ < 50% - PEEP < 5 cm H₂O - frequência respiratória menor que 60 iprm para lactentes, menor que 40 para pré-escolares e escolares e menor que 30 para adolescentes - ausência de acidose (pH 7,3) e hipercapnia (pCO₂ > 50 cmH₂O). 	Médico																
4	<p>Outros parâmetros que indiretamente afetam a oxigenação e complacência pulmonar são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - relação paO₂/FiO₂ > 200 - paO₂ > 60 mmHg em FiO₂ < 0,3 - SaO₂ > 94% em FiO₂ < 0,5 - pressão inspiratória máxima < 30 cmH₂O - PEEP < 5 cmH₂O - diferença alvéolo-arterial de oxigênio < 350 em FiO₂ de 1,0 	Médico																
5	<p>Tudo isto combinado com adequada função respiratória e estabilidade hemodinâmica (boa perfusão periférica, não necessidade de drogas vasoativas e inotrópicas), valores de potássio, fósforo e magnésio normais e escala de coma de Glasgow > 11.</p>	Médico																
6	<p>Há uma preocupação em não extubar o paciente de forma precoce ou tardia. Existiria um período de tempo que seria considerado ideal para se extubar o paciente</p>	Médico																
7	<p>Segundo Pediatric Acute Lung Injury and Sepsis Investigators (PALISI) Network, as condições para extubação seriam:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Parâmetros</th> <th>Níveis requeridos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Respiração espontânea</td> <td>Presente</td> </tr> <tr> <td>Tosse ou engasgo a aspiração traqueal</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>pH arterial na maioria das gasometrias</td> <td>7,32 < ph < 7,47</td> </tr> <tr> <td>FiO₂</td> <td>< 0,6</td> </tr> <tr> <td>Nível de consciência</td> <td>Aceitável para extubação</td> </tr> <tr> <td>Aprovação do médico assistente</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>↑ Suporte VPM nas últimas 24 h</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Parâmetros	Níveis requeridos	Respiração espontânea	Presente	Tosse ou engasgo a aspiração traqueal	Sim	pH arterial na maioria das gasometrias	7,32 < ph < 7,47	FiO ₂	< 0,6	Nível de consciência	Aceitável para extubação	Aprovação do médico assistente	Sim	↑ Suporte VPM nas últimas 24 h	Não	Médico
Parâmetros	Níveis requeridos																	
Respiração espontânea	Presente																	
Tosse ou engasgo a aspiração traqueal	Sim																	
pH arterial na maioria das gasometrias	7,32 < ph < 7,47																	
FiO ₂	< 0,6																	
Nível de consciência	Aceitável para extubação																	
Aprovação do médico assistente	Sim																	
↑ Suporte VPM nas últimas 24 h	Não																	

	Intervenção cirúrgica com sedação importante nas próximas 12 h	Não	
	Escape de ar excessivo peri TOT	Não	
8	<p>Adjuntos da Retirada (Desmame) da Ventilação Mecânica.</p> <p>1. Agentes Farmacológicos Os corticóides são utilizados de rotina antes da extubação, para reduzir a incidência de estridor pós-extubação. Em contraste com o efeito sobre o estridor, o uso de corticóide não diminui a taxa de reintubação</p> <p>2. Ventilação Não invasiva O uso da VNI é uma terapia promissora após a falha na extubação</p>		Médico
9	<p>Métodos de Retirada da Ventilação Mecânica</p> <p>1. Retirada Brusca Utilizada quando o paciente é submetido a períodos curtos de ventilação, como em pós-operatório. Logo após o paciente despertar é extubado. Não é considerada uma técnica de desmame.</p> <p>2. Teste ou triagem para respiração espontânea Nesta técnica, o paciente é observado por um breve período de respiração espontânea, fora do aparelho (com CPAP a 5 cmH₂O) para avaliar a capacidade do paciente em suportar o processo da retirada da VM. O tempo observado é de 30 a 120 minutos. Para tolerar este teste, o paciente deve estar com parâmetros mínimos de ventilação.</p>		Médico
10	O paciente submetido a este teste deve ser avaliado e são empregados parâmetros objetivos e subjetivos para avaliar o fracasso do teste de respiração espontânea.		Médico
11	Uma vez tolerado o teste de respiração espontânea, continua-se o desmame. Não há experiência em crianças pequenas.		Médico
12	<p>Técnicas de Desmame</p> <p>1. Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV) Durante um período o paciente respira espontaneamente e em outro período o respira com parâmetros fornecidos pelo respirador. Há respiradores com válvula de demanda, onde o paciente gera uma pressão negativa (“trigger” ou disparo) e faz com que a válvula inspiratória se abra, desencadeando a liberação de fluxo de ar para iniciar o ciclo respiratório. Neste sistema, o paciente faz o esforço para abrir a válvula podendo levar à fadiga conforme a situação clínica do paciente. Outros respiradores possuem o sistema chamado flow-by que mantém um fluxo contínuo e a válvula inspiratória parcialmente aberta, reduzindo o esforço para abri-la e o tempo entre a percepção da respiração espontânea e a abertura da válvula. Neste último sistema existe sensibilidade a fluxo e a pressão no aparelho, sendo que o profissional escolhe a forma mais adequada que convier ao paciente.</p>		Médico
13	<p>Técnicas de Desmame</p> <p>2. Pressão de suporte (PS) Técnica bastante utilizada com sucesso em crianças. Na prática, quando o paciente está ventilando, utiliza-se o SIMV com PS quando sai da controlada e vai-se progressivamente reduzindo a frequência do respirador até o paciente ficar apenas em PS e ser extubado. O aparelho libera uma quantidade de pressão positiva durante a inspiração quando a válvula inspiratória se abre, tanto no sistema de demanda como no flow-by. O fluxo, volume corrente, frequência e tempo inspiratório são determinados pelo paciente. Cada ciclo termina quando o fluxo reduz a 25% do pico de fluxo. Quando o paciente é colocado em PS, vai-se</p>		Médico

	<p>progressivamente diminuindo a pressão a intervalos que o paciente tolera e quando a PS baixa de 10 cmH₂O, pode-se extubar.</p>	
14	<p>Falhas na retirada (desmame) da Ventilação Mecânica São definidas como casos em que houve necessidade de reintubação dentro de 24 horas após a extubação.</p> <p>É importante definir qual grupo de pacientes tem maior risco de falha na extubação e identificar fatores de risco associado com a possibilidade de falha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - crianças de baixa idade (principalmente menos de 6 meses) pela alta complacência da caixa torácica, baixa elasticidade e alta resistência de vias aéreas, o que ocasiona maior esforço respiratório e risco de atelectasias - uso prolongado de analgésicos e sedativos - alta pressão média de vias aéreas - índice de oxigenação > 0,45 x' - uso de drogas vasoativas - altas concentrações de oxigênio - má nutrição 	Médico
15	<p>Traqueostomia Estudos em adultos mostram benefícios com a realização de traqueostomia nos pacientes que requerem ventilação por tempo prolongado, facilitando o desmame da ventilação. A grande dúvida é em relação ao tempo mais apropriado para realizar o procedimento, se mais precoce ou esperar mais dias. Em crianças não nenhum consenso quanto a realização da traqueostomia para facilitar a retirada da ventilação, principalmente em crianças pequenas pelas dificuldades que este procedimento gera no manuseio e cuidados com o paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução gradual do suporte ventilatório • Reversão do quadro que ocasionou a entubação • Paciente deve estar estável hemodinamicamente, sem sinais de desconforto respiratório. • Paciente deve apresentar DRIVE respiratório • Paciente em ventilação mecânica com parâmetros baixos • Permanecer na ventilação mecânica com parâmetros baixos durante 24 horas, apresentar DRIVE respiratório • Estar estável hemodinamicamente • Paciente em ventilação mecânica em modalidade SIMV ou PS > 24 horas • Uso de dexametasona 0,6mg/kg/dia 24h antes da IOT se: <ul style="list-style-type: none"> - Idade > 4 anos - Mais de uma tentativa de intubação e/ou intubação difícil - Tosse persistente com cuff insuflado - Ausência de vazamento nas vias aéreas com > 25 cm H₂O de pressão nas vias aéreas • Preparar Inalação de adrenalina após extubação - Dose: 3 a 5ml puro com O₂ inalatório. 	Médico

6. SIGLAS

IOT – Intubação Orotraqueal

O₂ - Oxigênio

PS – Pressão de Suporte

VM – Ventilação Mecânica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Goldwasser R, Farias A, Freitas EE, Saddy F, Amado V, Okamoto V. Desmame e Interrupção da Ventilação Mecânica. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Jornal Brasileiro De Pneumologia. 2007;33(Supl 2):128-136

Mhanna MJ, Anderson IM, Iyer NP, Baumann A. The Use of Extubation Readiness Parameters: A Survey of Pediatric Critical Care Physicians. Respir Care. 2014;59(3):334-339. <https://doi.org/10.4187/respcare>.

Teixeira C, Maccari JG, Vieira SR, Oliveira RP, Savi A, Machado AS, et al. Impact of a mechanical ventilation weaning protocol on the extubation failure rate in difficult-to-wean patients. J Bras Pneumol. 2012;38(3):364-371.


Tume LN, Kneyber MC, Blackwood B, Rose L. Mechanical Ventilation, Weaning Practices, and Decision Making in European PICUs. Pediatr Crit Care Med. 2017;18(4):e182-e188.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Crise Convulsiva Na Emergência

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Crise Convulsiva Na Emergência	Versão: 00
	Folha Nº: 1/7

1. OBJETIVO

Sistematizar e padronizar o atendimento clínico de emergência perante uma crise convulsiva

2. DIRETRIZ

1. Introdução: definições, etiologia e epidemiologia

Podemos caracterizar **crise convulsiva** como um evento involuntário, paroxístico e transitório, que se manifesta por sinais e sintomas motores, sensitivos, sensoriais, autonômicos e/ou psíquicos, de modo que a consciência pode ou não ser acometida. São chamadas de “**provocadas**” ou “**sintomáticas agudas**” quando decorrem de condições clínicas subjacentes, como hemorragia, isquemia, traumas, infecções nos últimos 7 dias ou desordens metabólicas nas últimas 24 horas. Quando não há fator precipitante conhecido são denominadas de “**não provocadas**”, podendo levantar a possibilidade de epilepsia.

São classificadas ainda como **focais ou parciais**, quando se originam em uma região limitada em um dos hemisférios cerebrais, ou **generalizadas** quando acometem ambos os hemisférios. Uma crise focal pode se tornar generalizada.

A **epilepsia**, por sua vez, é definida por (a) pelo menos duas crises convulsivas não provocadas ou duas crises reflexas com um intervalo mínimo de 24 horas entre elas; (b) uma crise epiléptica ou crise reflexa associado ao risco de pelo menos 60% de nova crise; ou (c) diagnóstico de uma síndrome epiléptica (FISHER et. Al, 2014). Sua incidência na infância é a mais alta de todas as faixas etárias, chegando a 70 por 100.000. Os espasmos infantis constituem o principal subtipo, cerca de 13 a 45,5% dos casos.

O **Estado de Mal Epiléptico** é definido por uma convulsão com duração maior do que cinco minutos ou crises frequentes sem o retorno ao estado clínico basal durante o período interictal. Se o estado se estender além de 30 minutos, as consequências podem incluir lesão a morte neuronal. O Estado de Mal Epiléptico pode ser ainda “Não Convulsivo” quando não há sintomas motores proeminentes.

A **Convulsão Febril** é a desordem neurológica mais comum em crianças jovens, ocorrendo geralmente na faixa etária de 6 meses a 5 anos, com uma prevalência de 2 a 4% nessa idade. Decorrem da vulnerabilidade do Sistema Nervoso Central (SNC)

aos efeitos da febre associados a susceptibilidade genética. São fatores de risco: infecções, sobretudo as virais, febre alta, vacinação, história familiar e exposição pré-natal a nicotina. Seus diagnósticos diferenciais incluem os movimentos involuntários, infecções do SNC e epilepsias genéticas com crises febris.

2. Diagnóstico clínico

- Os critérios para **crise convulsiva febril** são os seguintes:
- Convulsão associada a temperatura maior do que 38°C.
- Criança com idade entre 6 meses e 5 anos.
- Ausência de infecção ou inflamação no sistema nervoso central (SNC).
- Ausência de condição metabólica aguda que possa causar convulsão.
- Ausência de crise afebril prévia.

Pode ser classificada como:

- **Convulsão febril simples:** é a forma mais comum. São crises generalizadas, com duração menor do que 15 minutos e sem recorrência em 24 horas.
- **Convulsão febril complexa:** se caracteriza por crises focais, que duram mais de 15 minutos ou que ocorrem mais de uma vez em 24 horas.
- **Status epiléptico febril:** Crises febris contínuas, durando mais do que 5 minutos ou crises recorrentes sem recuperação neurológicas intercrise.

O **diagnóstico** é realizado por meio de história clínica detalhada, exame físico geral completo e exame neurológico, incluindo nível de consciência, sinais de meningismo, tensão ou abaulamento de fontanela e sinais focais com alteração de força, tônus, sensibilidade ou movimento. A presença de qualquer alteração no exame físico neurológico deve levar a considerar outros diagnósticos.

3. Exames complementares

Líquor: é desnecessária na maioria dos casos. Deve ser realizada em bebês menores de 6 meses e avaliada a realização quando a crise ocorre após o segundo dia de febre ou caso haja sinais clínicos sugestivos de meningite ou encefalite, como rigidez de nuca, alteração do nível de consciência e petéquias, bem como nos pacientes em uso de antibióticos que possam mascarar tais sinais. Deve ser considerada a punção lombar também para lactentes de 6 a 12 meses que ainda não foram imunizados para

Haemophilus influenzae e Streptococcus pneumoniae. Neuroimagem deve ser realizada antes da punção lombar caso existam sinais de hipertensão intracraniana.

Laboratório: hemograma, glicemia, eletrólitos e ureia devem ser solicitados em pacientes com história de vômitos, diarreia, desidratação ou edema. Glicemia e hemocultura devem ser solicitados nos pacientes em que será realizada punção lombar. Hiponatremia deve ser avaliada, pois se relaciona a recorrência das crises e necessidade de internação. Exame toxicológico deve ser considerado nas suspeitas de exposição a medicamentos, drogas de abuso, dentre outros.

Neuroimagem: tomografia computadorizada ou ressonância magnética não estão indicadas para crianças com convulsão febril simples e parecem ter pouco benefício nas crises febris complexas. Devem ser solicitadas na emergência se houver déficits focais, estado pós-ictal prolongado, sinais de hipertensão intracraniana, trauma ou risco de acidente vascular cerebral. A tomografia computadorizada pode ser de mais fácil acesso em contexto de emergência. A ressonância deve ser solicitada ambulatorialmente para pacientes com crises focais ou prolongadas, especialmente aqueles que apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, estigmas neurocutâneos, devido ao maior risco de desenvolverem crises afebris. Pode ser solicitada ainda para todas as crianças menores de 2 anos.

Eletroencefalograma (EEG): Não deve ser realizado de rotina. Em crianças com crises febris complexas deverá ser realizado conforme julgamento clínico. EEG de emergência deve ser realizado em crises sem retorno ao nível de consciência basal ou suspeita de convulsões subclínicas. Convulsões prolongadas ou com sinais focais justificam sua realização, preferencialmente nas primeiras 72 horas após a crise. Quando a causa da convulsão é bem conhecida, como encefalopatia hipóxico-isquêmica e alteração cromossômica, o exame tem pouca validade.

Teste genético: devem ser considerados em crianças com história de múltiplas crises febris focais prolongadas buscando diagnósticos diferenciais, como a Síndrome de Dravet.

4. Tratamento e critérios de internação

Medidas gerais de suporte devem ser realizadas para todos os pacientes. A manutenção da oxigenação adequada deve ser observada por meio da avaliação das vias aéreas e do padrão respiratório. Intubação orotraqueal pode ser necessária em

pacientes que não são capazes de manter a perviedade de vias aéreas ou que apresentam estado de mal epiléptico. A circulação deve ser avaliada e um acesso venoso obtido, se necessário.

O **controle clínico da crise** tem os benzodiazepínicos como medicamentos de primeira linha.

Diazepam 0,2-0,3mg/kg/dose endovenoso. Pode ser repetido a cada 10 minutos por 3 vezes, com dose máxima de 10mg/dose. Não fazer intramuscular devido a distribuição errática.

Midazolam: 0,2mg/kg endovenoso ou intramuscular. Pode ser feito intranasal ou bucal na dose de 0,3mg/kg. Repetir a cada 10 minutos por até 3 vezes. Dose máxima de 6-10mg/dose.

Lorazepam: 0,05-0,1mg/kg endovenoso. Dose máxima de 4mg/dose

- **Primeira crise convulsiva febril simples:**

- Antitérmicos: paracetamol ou dipirona.
- Observação hospitalar por 2-4 horas.
- Investigar sítio de infecção primária e tratar conforme o diagnóstico.
- Orientar quanto ao quadro e as baixas chances de recorrência de novas crises.

- **Primeira crise afebril única:**

- Observação hospitalar por 4-6 horas
- Tratamento medicamentoso não é indicado na maioria dos casos, pois cerca de metade dos pacientes não terão recorrência e o tratamento não reduz o desenvolvimento de epilepsia.

- **Dois ou mais crises convulsivas com intervalo >24h entre elas:**

- Observação hospitalar por 8-12 horas
- Tomografia computadorizada de crânio
- Eletroencefalograma
- Tratamento medicamentoso na alta

- **Estado de Mal Epiléptico**

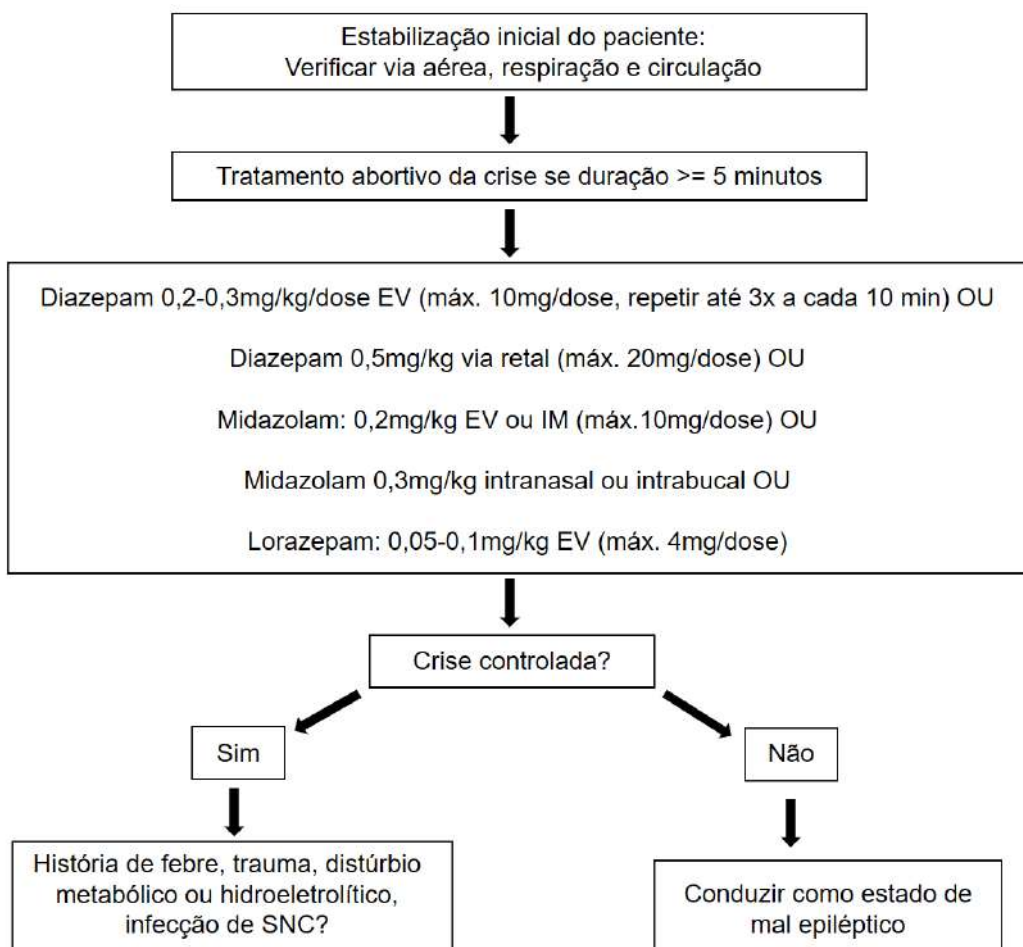
Se a crise persiste após 10 minutos da última dose do benzodiazepínico, a terapia de segunda linha deverá ser instituída. São opções:

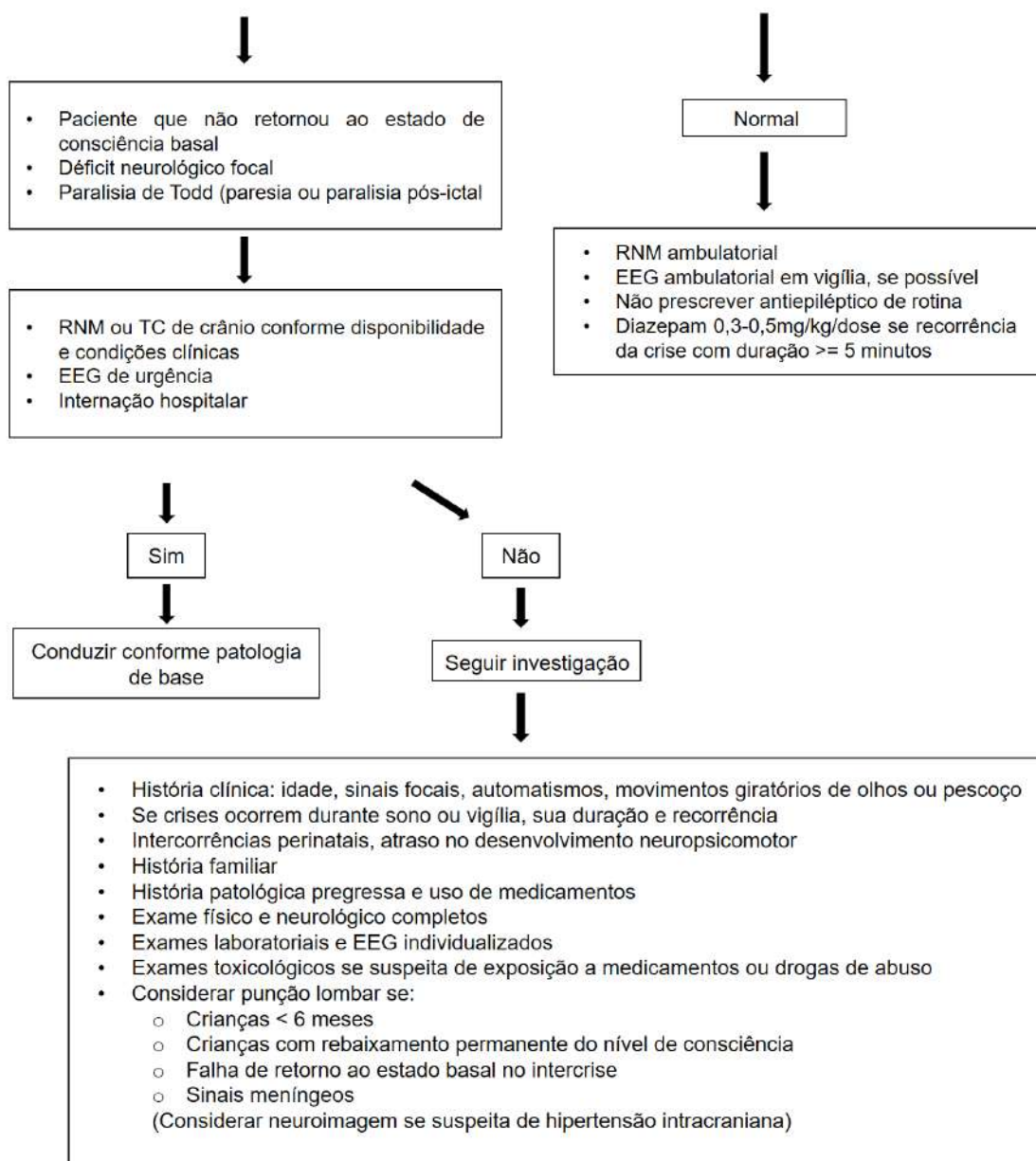
Fenitoína: 15-20mg/kg endovenoso, se crise durar mais do que 10 a 15 minutos. Dose máxima de 300mg/dia.

Fenobarbital: 15-20mg/kg endovenoso, se a crise durar mais do que 20 minutos. Repetir com 5-10mg/kg se a crise persistir após 15 a 20 minutos.

Levetiracetam: 7mg/kg via oral de 12/12 horas em menores de 6 meses e 10mg/kg de 12/12 horas acima dessa idade.

FLUXOGRAMA CRISE CONVULSIVA





Fluxograma traduzido e adaptado de Management of First Unprovoked Seizure in Childrens. Arkansas Children's Hospitals, Research, Foudation, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82.
- LUAT, Aimee F. Management of First Unprovoked Seizure in Childrens. Arkansas Children's Hospitals, Research, Foudation, 2016.


MILLICHAP, John J.; MILLICHAP, J. Clinical features and evaluation of febrile seizures. Up To Date, Waltham, 2022.

WILFONG, Angus. Management of convulsive status epilepticus in children. Up To Date, Waltham, 2022.

WILMSHURST, Jo M. et al. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: Task Force Report for the ILAE Commission of Pediatrics. Epilepsia, v. 56, n. 8, p. 1185-1197, 2015.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Sequência rápida de intubação

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Sequência rápida de intubação	Versão: 00
	Folha Nº: 1/7

1. OBJETIVO

Otimizar o uso da Sequência Rápida de Intubação (SRI) em emergências.

2. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	A SRI deve ser realizada por pessoal treinado, familiarizado com suas indicações e contra-indicações, além de saber avaliar e controlar as VA e conhecer as medicações.	Equipe Médica

2	<p>Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor cardíaco; • Manguito para medição de PA; • Acesso para infusão EV; • Fonte de O₂; • Oxímetro de pulso; • Dispositivo bolsa-máscara; • Tubos endotraqueais de tamanho adequado com e sem balonete; • Guia para tubo; • Fixação para tubo; • Lâmina de laringoscópio de vários tamanhos; • Cabo de laringoscópio com lâmpada; • Cabo e lâmina de laringoscópio reserva; • Pinça de VA; • Cateter de aspiração conectado a aspirador portátil ou de parede; • Seringa de 5 e 10 ml para testar o balonete do tubo e insuflá-lo após a intubação; • Coxim para colocar sob os ombros ou sob a cabeça, conforme a idade; • Capnógrafo, se disponível; • Material para acesso alternativo à VA em caso de falha de intubação (Máscara Laríngea e Cricotireoidotomia). 	Equipe Médica
3	<p>Medicamentos disponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agentes adjuvantes: lidocaína, atropina; • Analgésicos: fentanil, morfina; • Anestésicos: etomidato, midazolam, cetamina e propofol; • Bloqueadores neuromusculares: rocurônio, pancurônio e succinilcolina. 	Equipe Médica
4	Radiografia de tórax	Equipe Médica
5	<p>Indicações de SRI: Pacientes que necessitam de IOT e estão com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consciência plena ou parcial; • Suspeita de estômago cheio (Considerar que todo paciente submetido a SRI está com o estômago cheio e, portanto, sujeito a aspiração do conteúdo gástrico); • Comportamento combativo; • Convulsões; • Hipertensão Intracraniana; • Intoxicação medicamentosa; • Traumatismos. 	Equipe Médica
6	<p>Contra-indicações de SRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente em parada cardíaca ou em coma profundo; • Edema significativo, trauma ou distorção facial ou laríngea; • Respiração espontânea e ventilação apropriada em pacientes que dependem do tônus muscular e da posição adequada para manter as VA pérvias. 	Equipe Médica

7	<p>Passos da SRI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese sucinta e exame físico orientado; • Preparação:(pessoal/equipamentos/medicações/monitorização); • Pré oxigenação com O2 à 100%; • Pré Medicação: <ol style="list-style-type: none"> a) Atropina: reduz a secreção oral e previne bradicardias Usada em crianças menores de 1 ano, se apresentarem risco para bradicardia. Não é mais usada rotineiramente; Dose: 0,02 mg/kg (mínimo de 0,1 mg e máximo de 1 mg) EV 1 a 2 min antes da IOT. b) Lidocaína: Especialmente benéfica naqueles pacientes vítimas de TCE, pois reduz a hipertensão intracraniana associado a intubação; Dose: 1,5 mg/kg EV a 5 min antes da laringoscopia c) Sedação: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Etomidato:</u> Agente sedativo hipnótico, sem efeito analgésico e de ação ultracurta (10 a 15 min); Causa mínima depressão respiratória e cardiovascular, sendo o sedativo de escolha para pacientes politraumatizados ou hipotensos; Seu uso deve ser evitado para os pacientes com choque séptico, insuficiência suprarrenal e história de transtorno convulsivo focal ✓ <u>Midazolam:</u> Início rápido de ação (1 a 2 min) e efeito breve (30 a 60 min); Dose: 0,1 a 0,3 mg/kg EV. d) Barbitúricos de ação curta: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Tiopental:</u> Sedativo hipnótico com rápido início de ação (10 a 20 seg) e duração curta (5 a 10 min); Efeito protetor no cérebro; Sedativo de escolha para pacientes com TCE, mal epilético ou com suspeita de HIC; Causa depressão miocárdica e hipotensão; Dose: 2 a 4 mg/kg EV; Não deve ser utilizado em pacientes com asma aguda, hipotensos e hipovolêmicos. e) Propofol: Rápido início de ação (0,5 e 1 seg) e duração breve (10 a 15 min); Dose: 1 a 3 mg/kg EV. f) Cetamina: Anestésico dissociativo; Pode causar broncodilatação e ajuda a manter a PA estável; Produz analgesia, sedação rápida e amnésia com manutenção adequada do drive respiratório e proteção das VA; Início de ação: em 1 a 2 min. Duração de ação: 30 a 60 min; Dose: 1 a 4 mg/kg EV. Pode ser usada por via IM: 3 a 6 mg/kg. g) Bloqueio neuromuscular: <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Rocurônio:</u> Agente não despolarizante com rápido início de ação (60 seg) e duração de ação intermediária (30 a 60 min); Dose: 0,6-1,2 mg/kg EV. ✓ <u>Vecurônio:</u> É mais potente que o Rocurônio; Tem início de ação mais lento (60 a 120 seg); Tem poucos efeitos colaterais; Sua duração de ação é de 30 a 90 min; 	Equipe Médica
---	---	---------------

	Dose: 0,1 a 0,2 mg/kg/EV.	
8	Reconhecimento da possibilidade de VA difícil: <ul style="list-style-type: none"> • Macrocefalia; • Assimetria facial; • Hipoplasia facial; • Micrognatia; • Fraturas faciais; • Boca pequena, pescoço curto; • Mobilidade de pescoço limitada; • Anormalidade laringo- traqueal; • Obesidade; • Trauma facial; • Sangramento em VA; • Edema, massa ou corpo estranho em orofaringe. 	Equipe Médica

3. SIGLAS

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

VA - Vias Aéreas

SRI - Sequência Rápida de Intubação

TCE - Traumatismo Cranioencefálico

PA - Pressão Arterial

IOT - Intubação Orotraqueal

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Knobel, E. Condutas no paciente grave. 4 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2016.


Martins, H. S. Medicina de Emergência. 12ª ed. Editora Manole. 2017.

5. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Protocolo de Morte Encefálica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: UTI/ EMERGÊNCIA	Identificação: 000
Assunto: PROTOCOLO MORTE ENCEFÁLICA	Versão: 00
	Folha N°: 1/X

1. INTRODUÇÃO

Para iniciar um protocolo de ME, o paciente deve preencher alguns critérios bem estabelecidos. É essencial que o paciente esteja em Glasgow 3, sem incursões ventilatórias voluntárias e sem condições confundidoras para o coma, como uso de sedação e bloqueadores neuromusculares, hipotermia ou distúrbios metabólicos graves, hipóxia ou hipotensão. Além disso, todo paciente com suspeita de ME deve ter comprovada por exame de imagem (tomografia ou ressonância de crânio) uma lesão estrutural encefálica suficientemente grave para justificar o exame neurológico encontrado.

2. OBJETIVO

Padronizar as condutas relacionadas à perda completa e irreversível das funções encefálicas, definidas pela cessação das atividades corticais e de tronco encefálico.

O diagnóstico de morte encefálica é obrigatório e a notificação para a Central de Notificação, Captação e distribuição de órgãos (CNCDO), independente da possibilidade de doação ou não de órgãos e/ou tecidos conforme estabelecidos na Lei 9434/1997 e Resolução CFM 2173/2017.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes graves hospitalizados em UTIs, que evolui para Morte Encefálica.

4. RESPONSÁVEIS

Médicos.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor															
1	<p>Etapa 1: Pré requisitos Lesão Grave e irreversível: Lesão Grave e irreversível: -SEMPRE deve fazer exame de imagem.</p> <p>Período de observação e tratamento: - Deve respeitar pelo menos 6h de observação em ambiente hospitalar. - Quando a causa primária for encefalopatia hipóxico-isquêmica a observação deverá ser no mínimo 24 horas após a PCR ou 24 horas após o reaquecimento se utilizado hipotermia terapêutica.</p> <p>Afastar Causas Reversíveis do Coma; - Os principais fatores de confusão: distúrbios de sódio, distúrbios ácido base, hipotireoidismo, hipotermia, hipotensão, intoxicação exógena, fármacos depressores do SNC, bloqueadores neuromusculares.</p> <p>-Parâmetros fisiológicos Mínimos durante determinação da ME: Temp > 35°C PAS ≥ 100mmHg ou PAM ≥ 65mmHg (PA em pediatria Figura 1) -Saturação > 94%</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PA mínima de acordo com idade</th> <th>PA sistólica (mmHg)</th> <th>PA diastólica (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Até 5 meses incompletos</td> <td>60</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>5 meses a 2 anos Incompletos</td> <td>80</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>2 anos a 7 anos incompletos</td> <td>65</td> <td>62</td> </tr> <tr> <td>7 a 16 anos incompletos</td> <td>90</td> <td>64</td> </tr> </tbody> </table> <p>Diagnóstico Diferencial: -Sinal de Lázaro (movimentação dos membros); -Reflexos tendíneos, abdominais, cremastéreo ou sinal de Babinsky persistentes; movimentos ondulares dos dedos dos pés; -Ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexotônico cervical;</p>	PA mínima de acordo com idade	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)	Até 5 meses incompletos	60	43	5 meses a 2 anos Incompletos	80	60	2 anos a 7 anos incompletos	65	62	7 a 16 anos incompletos	90	64	Médico
PA mínima de acordo com idade	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)															
Até 5 meses incompletos	60	43															
5 meses a 2 anos Incompletos	80	60															
2 anos a 7 anos incompletos	65	62															
7 a 16 anos incompletos	90	64															
2	<p>Etapa 2: Exame clínico (2 testes) Como não Perceptivo: Estado de inconsciência permanente com ausência de resposta motora supraespinal a qualquer estimulação, particularmente dolorosa intensa em região supraorbitária, trapézio e leito ungueal dos quatro membros. A presença de atitude de descebração ou decorticação invalida o diagnóstico de ME. Poderão ser observados reflexos tendinosos profundos, movimentos de membros, atitude em opistótono ou flexão do tronco, adução/elevação de ombros, sudorese, rubor ou taquicardia, ocorrendo espontaneamente ou durante a estimulação. A presença desses sinais clínicos significa apenas a persistência de atividade medular e não invalida a determinação de ME.</p>	Médico															

Ausência de reflexos do tronco encefálico:

Ausência do reflexo fotomotor	As pupilas deverão estar fixas e sem resposta à estimulação luminosa intensa (lanterna), podendo ter contorno irregular, diâmetros variáveis ou assimétricos.
Ausência de reflexo córneo-palpebral	Ausência de resposta de piscamento à estimulação direta do canto lateral interior da córnea com gotejamento de soro fisiológico gelado ou algodão embebido em soro fisiológico ou água destilada.
Ausência de reflexo óculos-cefálico	Ausência de desvio do(s) olho(s) durante a movimentação rápida da cabeça nos sentidos lateral e vertical. Não realizar em pacientes com lesão de coluna cervical suspeita ou confirmada.
Ausência de reflexo vestibulo-calórico	Ausência de desvio do(s) olho(s) durante um minuto de observação, após irrigação do conduto auditivo externo com 50 a 100 ml de água fria ($\pm 5^\circ\text{C}$), com a cabeça colocada em posição supina e a 30° . O intervalo mínimo do exame entre ambos os lados deve ser de três minutos. Realizar otoscopia prévia para constatar a ausência de perfuração timpânica ou oclusão do conduto auditivo externo por cerume.
Ausência de reflexo de tosse	Ausência de tosse ou bradicardia reflexa à estimulação traqueal com uma cânula de aspiração.

Na presença de alterações morfológicas ou orgânicas, congênitas ou adquiridas, que impossibilitam a avaliação bilateral dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, óculo-cefálico ou vestibulo-calórico, sendo possível exame em um dos lados, e constatada ausência de reflexos do lado sem alterações morfológicas, orgânicas, congênitas ou adquiridas, dar-se-á prosseguimento às demais etapas para determinação de ME. A causa dessa impossibilidade deverá ser fundamentada no prontuário.

Repetição do exame clínico:

O segundo exame deverá ser realizado por outro médico devidamente capacitado.

Idade	Intervalo
7 dias completos (RN termo) até 2 meses	24 horas

	2 meses a 24 meses incompletos	12 horas	
	Maiores que 2 anos	1 hora	
3	<p>Etapa 3: Teste da Apnéia (Para o teste de apneia adequado, sempre instalar Pressão arterial invasiva)</p> <p>A realização do teste de apnéia é obrigatória na determinação da ME. A apnéia é definida pela ausência de movimentos respiratórios espontâneos, após a estimulação máxima do centro respiratório pela hipercapnia (PaCO₂ superior a 55 mmHg). A metodologia proposta permite a obtenção dessa estimulação máxima, prevenindo a ocorrência de hipóxia concomitante e minimizando o risco de intercorrências.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilação com FiO₂ de 100% por, no mínimo, 10 minutos para atingir PaO₂ igual ou maior a 200 mmHg e PaCO₂ entre 35 e 45 mmHg. • Instalar oxímetro digital e colher gasometria arterial inicial (idealmente por cateterismo arterial). • Desconectar ventilação mecânica. • Estabelecer fluxo contínuo de O₂ por um cateter intratraqueal ao nível da carina (6L/min), ou tubo T (12L/min) ou CPAP (até 12 L/min + até 10 cm H₂O). • Observar a presença de qualquer movimento respiratório por oito a dez minutos. Prever elevação da PaCO₂ de 3 mmHg/min em adultos e de 5 mmHg/min em crianças para estimar o tempo de desconexão necessário. • Colher gasometria arterial final. • Reconectar ventilação mecânica. 		Médico
4	<p><u>Interrupção do teste:</u> Caso ocorra hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou PA média < que 65 mmHg), hipoxemia significativa ou arritmia cardíaca, deverá ser colhida uma gasometria arterial e reconectado o respirador, interrompendo-se o teste. Se o PaCO₂ final for inferior a 56 mmHg, após a melhora da instabilidade hemodinâmica, deve-se refazer o teste. Interpretação dos resultados.</p>		Médico
5	<p><u>Interpretação dos resultados:</u></p> <p>-Teste positivo (presença de apneia) - PaCO₂ final superior a 55 mmHg, sem movimentos respiratórios, mesmo que o teste tenha sido interrompido antes dos dez minutos previstos.</p> <p>-Teste inconclusivo - PaCO₂ final menor que 56 mmHg, sem movimentos respiratórios.</p> <p>-Teste negativo (ausência de apneia) - presença de movimentos respiratórios, mesmo débeis, com qualquer valor de PaCO₂. Atentar para o fato de que em pacientes magros ou crianças os batimentos cardíacos podem mimetizar movimentos respiratórios débeis.</p>		Médico
6	<p><u>Formas alternativas de realização do teste da apneia:</u></p> <p>Em alguns pacientes as condições respiratórias não permitem a obtenção de uma persistente elevação da PaCO₂, sem hipóxia concomitante. Nessas situações, pode-se realizar teste de apneia utilizando a seguinte metodologia, que considera as alternativas para pacientes que não toleraram a desconexão do ventilador:</p> <p>1- Conectar ao tubo orotraqueal uma peça em T acoplada a uma válvula de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP – continuous positive airway pressure) com 10 cm H₂O e fluxo de</p>		Médico

	<p>oxigênio a 12L/minuto.</p> <p>2- Realizar teste de apneia em equipamento específico para ventilação não invasiva, que permita conexão com fluxo de oxigênio suplementar, colocar em modo CPAP a 10 cm H₂O e fluxo de oxigênio entre 10 – 12 L/minuto. O teste de apneia não deve ser realizado em ventiladores que não garantam fluxo de oxigênio no modo CPAP, o que resulta em hipoxemia.</p>	
7	<p>Etapa 4: Exames complementares:</p> <p>O diagnóstico de ME é fundamentado na ausência de função do tronco encefálico confirmado pela falta de seus reflexos ao exame clínico e de movimentos respiratórios ao teste de apneia. É obrigatória a realização de exames complementares para demonstrar, de forma inequívoca, a ausência de perfusão sanguínea ou de atividade elétrica ou metabólica encefálica e obtenção de confirmação documental dessa situação. A escolha do exame complementar levará em consideração a situação clínica e as disponibilidades locais, devendo ser justificada no prontuário.</p> <p>Os principais exames a ser executados em nosso meio são os seguintes:</p> <p>Angiografia cerebral: Após cumpridos os critérios clínicos de ME, a angiografia cerebral deverá demonstrar ausência de fluxo intracraniano. Na angiografia com estudo das artérias carótidas internas e vertebrais, essa ausência de fluxo é definida por ausência de opacificação das artérias carótidas internas, no mínimo, acima da artéria oftálmica e da artéria basilar, conforme as normas técnicas do Colégio Brasileiro de Radiologia.</p> <p>Eletroencefalograma: Constatar a presença de inatividade elétrica ou silêncio elétrico cerebral (ausência de atividade elétrica cerebral com potencial superior a 2 µV) conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica.</p> <p>Doppler Transcraniano: Constatar a ausência de fluxo sanguíneo intracraniano pela presença de fluxo diastólico reverberante e pequenos picos sistólicos na fase inicial da sístole, conforme estabelecido pelo Departamento Científico de Neurosonologia da Academia Brasileira de Neurologia.</p> <p>Cintilografia, SPECT Cerebral: Ausência de perfusão ou metabolismo encefálico, conforme as normas técnicas da Sociedade Brasileira Medicina Nuclear. A metodologia a ser utilizada na realização do exame deverá ser específica para determinação de ME e o laudo deverá ser elaborado por escrito e assinado por profissional com comprovada experiência e capacitado no exame nessa situação clínica.</p>	Médico
8	<p>Etapa 5: Conclusão para determinação da ME</p> <ul style="list-style-type: none"> - Termo de Declaração da Morte Encefálica (TDME). - Declaração de Óbito. - A data e a hora da morte será aquela correspondente ao último exame ou procedimento. 	Médico
9	Registra em prontuário eletrônico.	Médico

6. SIGLAS

ME – Morte Encefálica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

GARCIA, C.D.; PEREIRA, J.D.; GARCIA, V.D. Doação e transplante de órgãos e tecidos. Segmento Farma, 2015.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Rotinas de Transplante no Estado da Bahia, 2007.


Suporte Avançado de Vida em Pediatria – PALS. AHA - Manual do Profissional, 2011.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/ xxxx Data

Prevenção a Pneumonia Adquirida por Ventilação

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>		
Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO		Identificação: 000
Assunto: Prevenção a Pneumonia Adquirida por Ventilação		Versão: 00
		Folha N°: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A pneumonia relacionada à assistência à saúde está entre as infecções mais frequentes no âmbito hospitalar, principalmente em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) e sob ventilação mecânica. As vias áreas inferiores são estéreis e a colonização microbiana nestes locais se dá por microaspiração ou aspiração de microrganismos orofaríngeos, por inalação de aerossóis contendo germes ou menos frequentemente pela disseminação hematogênica a partir de foco

distante. A aspiração de microorganismos colonizadores do trato respiratório superior e da orofaringe representa a principal via de infecção.

2. OBJETIVO

Identificar pacientes com risco aumentado para desenvolver PAV ao longo da internação na UTIP, uniformizar medidas preventivas em relação a PAV na Unidade, reduzir a incidência de PAV na Unidade.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças em uso de ventilação mecânica em unidades críticas e semicrítica.

4. RESPONSÁVEIS

Pediatras/Intensivistas pediátricos; Enfermagem e Fisioterapia.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Especificações</p> <p>Equipe Médica:</p> <p>Identificar os pacientes >48h de VMI; identificar os pacientes com diagnóstico presuntivo de PAV; prescrever e fiscalizar a realização dos cuidados preventivos para evitar PAV; avaliar as condições dos circuitos de ventilação mecânica, descartar condensados e realizar a troca dos mesmos, se indicado; promover aderência ao protocolo de PAV e às precauções padrão da Unidade; promover educação continuada sobre o tema.</p>	Médico
2	<p>Enfermagem:</p> <p>Identificar os pacientes > 48h de VNI; avaliar as condições dos circuitos de ventilação mecânica, descartar condensados e realizar a troca dos mesmos; implementar e fiscalizar a realização dos cuidados preventivos para evitar PAV; promover aderência ao protocolo de PAV e às medidas de precauções implementadas na Unidade; promover educação continuada sobre o tema.</p>	Enfermeiro
3	<p>Fisioterapia:</p> <p>Identificar os pacientes > 48h de VNI; prestar atendimento fisioterapêutico adequado aos pacientes sob VMI; avaliar as condições dos circuitos de</p>	Fisioterapeuta

	ventilação mecânica, descartar condensados e realizar a troca dos mesmos, se indicado; avaliar a pressão de cuff, quando presente; fiscalizar a realização dos cuidados preventivos para evitar PAV; promover aderência ao protocolo de PAV e às precauções padrão da Unidade.	
4	<p>Introdução:</p> <p>Infecções intra-hospitalares são comuns em pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrica e neonatal) e estão associadas com um risco aumentado de complicações. Nas unidades de terapia intensivas pediátricas (UTIP), a prevalência de infecções hospitalares pode chegar a 12%. A ventilação mecânica invasiva (VMI) aumenta o risco para o desenvolvimento de uma pneumonia bacteriana adquirida no hospital 6 a 21 vezes sendo esta, então, referida como pneumonia associada ao ventilador (PAV).</p>	Médico
5	<p>Definições:</p> <p>PAV: pneumonia que se desenvolve 48 horas ou mais após o início da VMI, associada a critérios clínicos e laboratoriais bem estabelecidos pelo Center for Disease Control (CDC). A PAV está associada com o aumento da morbidade, mortalidade, tempo de internação e custos de pacientes em UTIs, sendo sua prevenção de suma importância.</p> <p>BUNDLE (ou “pacote de cuidados”) é definido como: “pequeno conjunto de práticas simples e diretas baseadas em evidências que, quando executadas coletivamente e de forma confiável, comprovadamente melhoram os cuidados dos pacientes”.</p> <p>O bundle de ventilação originalmente desenvolvido pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) para adultos consiste em quatro etapas de cuidados: - elevação da cabeceira da cama a 30-40° - profilaxia de úlcera péptica - profilaxia de trombose venosa profunda - avaliação diária de prontidão para extubação. Entretanto, não existem protocolos ou bundles bem definidos para cuidados de PAV em neonatos e crianças devido a pouca evidência científica que permita orientar a escolha das intervenções a se implementar.</p>	Médico

6	<p>Medidas preventivas:</p> <p>1- Educação continuada: a respeito da importância na prevenção de PAV, seus efeitos deletérios e constante vigilância em relação à aderência a este protocolo.</p>	Médico
7	<p>2- Precauções padrão: realizar higiene das mãos nos cinco momentos: antes do contato com paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais, após o contato com paciente e após contato com superfícies próximas ao paciente; utilização de luvas, avental, máscara e óculos quando risco de exposição a fluidos corporais. Uso de luvas de procedimento em procedimentos de limpeza/ desinfecção de materiais e superfícies. Seguir o protocolo da SCIH para precaução de contato e respiratória quando indicado, utilizando equipamentos de proteção individual.</p>	Médico
8	<p>3- Circuitos dos aparelhos de VMI: utilizar circuitos de VMI estéreis; evitar realizar troca periódica dos circuitos, a não ser que visivelmente sujos, danificados ou em caso de mau funcionamento dos mesmos, uma vez que a troca rotineira não influencia na incidência de PAV; utilizar sempre água destilada estéril nos umidificadores, quando indicado; desprezar condensados sempre que visíveis, evitando contato destes com o paciente.</p>	Médico
9	<p>4- Atendimento Fisioterapêutico: manter cuffs dos tubos endotraqueais e traqueostomias, se presentes, insuflados entre 20 – 30cmH₂O; utilizar sondas estéreis de uso único e líquidos estéreis para aspiração de vias aéreas de pacientes intubados, caso utilizado sistema aberto de aspiração. O método de aspiração (aberto ou fechado) deve ser decidido pela equipe multiprofissional ao longo do atendimento do paciente, uma vez que não há evidências sobre a incidência de PAV utilizando-se qualquer dos dois sistemas.</p>	Médico
10	<p>5- Sistema de umidificação e aquecimento: Não há evidência de que o uso do sistema de umidificação passiva (filtro higroscópico) seja superior ao uso do sistema de umidificação ativo (base aquecida) quanto à incidência de PAV.</p>	Médico
11	<p>6- Cuidados na insuficiência respiratória: utilizar ventilação mecânica não invasiva, sempre que clinicamente possível, para</p>	Médico

	evitar/ adiar a intubação e/ou no processo de desmame da VMI; evitar IOTs repetidas e intubação nasotraqueal, sempre que possível.	
12	7- Despertar diário: conforme descrito no Protocolo Institucional de Sedação e Analgesia em Pediatria	
13	8- Higiene oral: diária, com enxaguante bucal de Clorexidina conforme o Protocolo Institucional Multiprofissional de Higiene Oral em UTI Pediátrica; frequência a ser determinada após avaliação da equipe de Odontologia. Uso de enxaguante bucal ou gel/ pasta com Clorexidina mostrou redução de até 40% na possibilidade de desenvolvimento de PAV em adultos, sem impacto na mortalidade, tempo de internação ou duração da VMI. Não foi mostrada diferença em relação à escovação ou uso isolado da Clorexidina. Os dados em pacientes pediátricos (0 a 15 anos) não mostraram diferença entre uso de placebo ou Clorexidina na prevenção da PAV; entretanto o número baixo de estudos (3) e as variações quanto à definição do que é “higiene oral” reduzem a força dos trabalhos.	Médico
14	9- Elevação de decúbito: manter a cabeceira do leito elevada entre 30 – 60° reduz significativamente o risco de PAV em relação à posição supina de 0 – 10° (evidência de moderada qualidade, RR 0,36; 95% CI 0,25 a 0,50), porém não demonstra impacto relacionado a mortalidade geral em UTI ou intrahospitalar, tempo de internação, tempo de VMI ou uso de antibioticoterapia.	Médico
15	10- Profilaxia de úlcera de stress: os dados na literatura são conflitantes, não havendo recomendações seguras que sejam favoráveis ou desfavoráveis ao uso de antiácidos em pacientes pediátricos durante a VMI, sem sangramento documentado.	Médico

6. SIGLAS

IOT – Intubação orotraqueal

PAV – Pneumonia Associada a Ventilação

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

Impact of Humidification Systems on Ventilator-associated Pneumonia: A Randomized Multicenter Trial, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2005. 13.


Evidence on measures for the prevention of ventilator-associated pneumonia, European Respiratory Journal, 2007.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Cetoacidose Diabética

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>		
Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO		Identificação: 000
Assunto: CETOACIDOSE DIABÉTICA		Versão: 00
		Folha Nº: 1/11

1. INTRODUÇÃO

Cetoacidose diabética é uma complicação metabólica aguda do diabetes caracterizada por hiperglicemia, hipercetonemia e acidose metabólica. A hiperglicemia causa diurese osmótica com perda significativa de líquidos e eletrólitos. Ocorre principalmente no diabetes mellitus tipo 1. Causa náuseas, vômitos e dor abdominal e pode evoluir para edema cerebral, coma e morte. É diagnosticada pela detecção de

cetonemia e acidose metabólica com hiato aniônico positivo, na presença de hiperglicemia. O tratamento envolve expansão de volume, reposição de insulina e prevenção de hipopotassemia.

2. OBJETIVO

Padronizar a assistência ao paciente pediátrico com cetoacidose diabética e instituir medidas terapêuticas precoces para minimizar a morbidade e reduzir a taxa de mortalidade.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças portadoras de Diabetes mais comum no tipo 1, hospitalizadas no HECAD.

4. RESPONSÁVEIS

Pediatras/Intensivistas pediátricos; Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Definição: CAD – cetoacidose diabética é distúrbio metabólico agudo e grave, resultante da diminuição da insulina circulante, com aumento dos hormônios contrarreguladores (catecolaminas, glucagon, cortisol e hormônio do crescimento). É caracterizada por hiperglicemia, acidose, cetonemia e cetonúria.	Médico
2	Em termos laboratoriais, a CAD é definida por: è Hiperglicemia >200 mg/dL è Acidose metabólica (pH <7,3 ou Bicarbonato <15 mmol/L) com aumento do ânion-gap è Cetonemia (presença de cetonas no sangue) ou cetonúria (presença	Médico
3	Classificação: - Leve: pH < 7,3 ou Bicarbonato < 15 - Moderada: pH < 7,2 ou Bicarbonato <10 - Grave: pH < 7,1 ou Bicarbonato < 5	Médico/ Enfermeiro
4	Quadro clínico: Poliúria, polidipsia, fadiga, náuseas, vômitos, dor abdominal (pode mimetizar apendicite), perda de peso, enurese, moniliase vaginal ou cutânea, inicialmente polifagia; depois anorexia. Lactentes: astenia, irritabilidade, perda de peso, sinais de desidratação, assaduras persistentes por Candida. Ao exame físico, podem ser presentes taquipnéia, taquicardia, respiração profunda e ruidosa (Kussmaul), hálito cetônico, desidratação, confusão mental, sonolência, letargia, redução do nível de consciência até coma.	Médico
5	Diagnóstico diferencial: Gastroenterites, apendicite aguda, infecções do sistema nervoso central, intoxicações e estado hiperosmolar hiperglicêmico.	Médico
6	Avaliação clínica inicial - Avaliar sinais vitais e sinais de choque hipovolêmico; - Pesar o paciente - Estimar o grau de desidratação	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar estado Neurológico (Escala de Glasgow) - Solicitar exames 	
7	<p>Exames: (Principais Exames)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glicemia plasmática - Gasometria venosa (com bicarbonato) - Eletrólitos (Na, K, P) PRINCIPAIS EXAMES - Função renal: ureia e creatinina - EAS (cetonúria) - Hemograma, Cálcio, Fósforo, magnésio e lactato - Hemocultura e/ou urocultura se sinais de infecção - Eletrocardiograma 	Médico
8	<p>Monitorização bioquímica na CAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osmolaridade plasmática (Osm) efetiva: Está aumentada na CAD 300-350 mOsm/L $\text{Osm sérica (mOsm/kg)} = 2x [\text{Na}] + \frac{\text{glicemia(mg/dl)}}{18} + \frac{\text{uréia(mg/dl)}}{6}$ <ul style="list-style-type: none"> • Anion Gap: Aumentado devido presença dos cetoácidos: $\text{AG (ânion-gap)} = \text{Na} - (\text{Cl} + \text{Bic})$ AG normal: 12 ± 2 (mmol/L) • Sódio: Ocorre hiponatremia dilucional: Sódio real: Sódio medido + $1,6 (\text{Glicemia} - 100)/100$ 	Médico
9	<p>Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se necessário reanimação seguir diretrizes do PALS. - Paciente inconsciente ou obnubilado: via área segura e Sondagem nasogástrica para evitar Broncoaspiração - Evitar intubação orotraqueal -> aumento rápido do pCo2 -> queda do PH no liquor -> piora edema cerebral - Paciente com choque hipovolêmico, deve receber suplementação de Oxigênio. - Iniciar uma folha de evolução anotando achados clínicos, medicações, fluidoterapia, dose de insulina e exames laboratoriais; - Controlar rigorosamente a diurese (sonda vesical – se necessário). - Hidratação - Reposição de eletrólitos - Insulinoterapia 	Médico
10	<p>HIDRATAÇÃO</p> <p>1º passo: Calcular o grau de desidratação (RP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desidratação leve: 5% do peso • Desidratação moderada: 8% do peso • Desidratação grave: 10% do peso $\text{Volume total: } 10\text{ml/kg para cada } 1\% \text{ de peso perdido}$ <p>Primeira fase: expansão volêmica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expansão inicial (1ª hora do protocolo) • Tipo de soro: Soro fisiológico 0,9% • Deve-se administrar 10 - 20 mL/kg em 60 min (máximo de 1.000 mL) • Nos casos de choque, 20ml/kg a cada 20 min até o desaparecimento dos sinais de choque • Cuidado com a hiper-hidratação 	Médico
11	<p>2º passo: Hidratação deve ser dividida em 2 fases:</p> <p>Segunda fase: Reparação residual (RR): Reposição de perdas hídricas e hidratação de manutenção (NHD):</p> <p>Fornecer a necessidade hídrica diária (NHD).</p> <ul style="list-style-type: none"> - O volume a ser administrado é determinado pela estimativa inicial das perdas, subtraída do volume já infundido durante a expansão inicial. 	Médico

	<p>- Se o paciente apresentar hidratado antes do fim desse prazo ou com edema, suspender as últimas fases.</p> <p>- Quantificar diurese em todas as fases.</p> <p>- Volume máximo 4 litros/m²/dia.</p> <p>Na segunda fase, o volume total é calculado para 24h: Volume total reparação: Soro de Manutenção + Reposição de perdas -> dividido em 3 partes. Primeiras 6h: 1/3 Volume total reparação 6h seguintes: 1/3 Volume total reparação Últimas 12h: 1/3 Volume total reparação</p>							
12	<p>Cálculo da NHD pelo método de Holiday Segar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Até 10kg – 100ml/kg - 11 a 20kg – 1000ml + 50ml/kg do peso que exceder - 21 a 45kg – 1500ml + 20ml/kg do peso que exceder - >45kg: 2000ml/dia 	Médico						
13	<p>Manutenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF 0,9%: se glicemia > 250 mg/dL (+- 4 a 6 horas) - Soro ao meio [1/2 SF 0,9% + 1/2 soro glicosado (SG 5%)]: quando glicemia ≤ 250 mg/dL. - Glicemia < 120md/dL: trocar a hidratação para SG5% ou até com maiores concentrações de glicose, aumentando a taxa de infusão de glicose. <p>- A solução de manutenção fica restrita aos casos nos quais, apesar da hidratação adequada e correção da cetoacidose, o paciente permanece com má aceitação alimentar.</p>	Médico						
14	<p>3º passo: Reposição de eletrólitos (a partir da 2ª hora de protocolo) - após expansão, já iniciar reposição de eletrólitos.</p>	Médico						
15	<p>1) Potássio (K):</p> <ul style="list-style-type: none"> • O potássio pode estar elevado devido à acidose, porém tende a reduzir conforme sua correção. • A hipocalemia é considerado o distúrbio metabólico mais grave relacionado ao tratamento de CAD • Sempre calcular o potássio real: Redução 0,6 mEq/L do K para cada 0,1 abaixo do pH 7,4 • Reposição: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Se K < 4,5 meq/L</td> <td>Iniciar reposição com 40 mEq/L na 1ª fase da reparação residual (2ª hora do protocolo).</td> </tr> <tr> <td>Se K 4,5 – 6meq/L</td> <td>iniciar com 20 mEq/L na 2ª fase de reparação residual (3ª hora do protocolo).</td> </tr> <tr> <td>K > 6meq/L</td> <td>Não incluir potássio no soro.</td> </tr> </table> <p>*Velocidade de infusão: 0,2 a 0,5 mEq/kg/h.</p>	Se K < 4,5 meq/L	Iniciar reposição com 40 mEq/L na 1ª fase da reparação residual (2ª hora do protocolo).	Se K 4,5 – 6meq/L	iniciar com 20 mEq/L na 2ª fase de reparação residual (3ª hora do protocolo).	K > 6meq/L	Não incluir potássio no soro.	Médico
Se K < 4,5 meq/L	Iniciar reposição com 40 mEq/L na 1ª fase da reparação residual (2ª hora do protocolo).							
Se K 4,5 – 6meq/L	iniciar com 20 mEq/L na 2ª fase de reparação residual (3ª hora do protocolo).							
K > 6meq/L	Não incluir potássio no soro.							
16	<p>2) Bicarbonato de sódio (BIC):</p> <p>A reposição de bicarbonato de sódio é considerada fator de risco para o edema cerebral. Usada apenas nos casos graves, com depressão respiratória, choque, hiperpotassemia acentuada, hipotensão, falência cardíaca ou nos casos em que, no final da 3ª hora de tratamento, o pH se mantiver menor que 6,9 ou bicarbonato menor que 5 mEq/L.</p> <p>A correção do bicarbonato deve ser sempre parcial, visando elevar o pH para os valores entre 7,1 e 7,2.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Bic= Bic ideal (15 mEq/L) – Bic encontrado x 0,3 x peso (kg)</td> </tr> </table> <p>Administrar a metade da quantidade calculada em 2 horas e colher nova gasometria. A outra metade só será infundida se o pH</p>	Bic= Bic ideal (15 mEq/L) – Bic encontrado x 0,3 x peso (kg)						
Bic= Bic ideal (15 mEq/L) – Bic encontrado x 0,3 x peso (kg)								

	permanecer inferior a 7,1.	
17	<p>3) Sódio (Na): A medida que a glicemia diminui, o sódio sérico deve aumentar. O sódio real deverá ser calculado pela fórmula abaixo, que representa a concentração de sódio esperada na ausência de hiperglicemia.</p> $\text{Na real} = \text{Na} + 1,6 \times \frac{(\text{glicemia} - 100)}{100}$	
18	<p>4) Fosfato: Hipofosfatemia clinicamente significativa pode ocorrer se houver jejum prolongado (> 24 h) Estudos com amostras reduzidas não mostraram benefício na reposição de fósforo. Ponderar correção se fósforo < 1mg/dL.</p>	
19	<p>4º passo: Insulinoterapia - Iniciar na 2ª hora do protocolo (logo após a expansão inicial) Objetivo: redução lenta da glicemia de 70 a 90 mg/dl/hora. A via endovenosa (EV) é a preferencial (bomba de infusão). - Preparação: Diluir 25 U de insulina REGULAR ou ultrarrápida em 250ml de SF 0,9% (concentração: 0,1U/ml). Lavar o equipo com essa solução antes do início da infusão, e trocá-la a cada 6 horas. - Dose: Se glicemia > 250 mg/dl: 0,1 U/kg/hora (1ml/kg/hora da solução) Se glicemia ≤ 250 mg/dl: 0,05 U/kg/h (0,5ml/kg/hora da solução). Obs: A dose de ataque deve ser evitada, sendo usada somente nos casos mais graves, pois é um fator de risco para edema cerebral. Dose: 0,1U/kg em bolo, logo após a expansão inicial (máx. 10 U). - Após negativação da cetonúria: Insulina regular, via subcutânea (SC), na dose de 0,1 U/kg a cada 4 horas, até a manhã seguinte se necessário (1ª dose deve ser aplicada 30 min antes da suspensão da infusão contínua). - Caso a via endovenosa (bomba de infusão) não seja possível, a via IM será a via de escolha.</p>	Médico
20	<p>Uso Intramuscular: - Ataque: 0,25 U/kg (máximo de 10 U), logo após expansão inicial (2ª hora) - 0,2U/kg a cada 2 horas (máximo de 10 U) com glicemia > 250 mg/dL e - 0,1 U/kg a cada 2 horas (máximo de 5 U) quando glicemia ≤ 250 mg/dL - Após negativação da cetonúria, usar insulina regular 0,1 U/kg a cada 4 horas, se necessário, até a manhã seguinte. A insulina intermediária (NPH) ou análogos de ação prolongada deverá ser iniciada na primeira manhã após compensação parcial ou total da cetoacidose. Dose em casos novos: 0,3 a 0,5 U/kg/dia, SC – fracionado 2/3 pela manhã e 1/3 noite. Casos com diagnóstico prévio: - Aumentar 10% quando houver processo infeccioso ou fatores de estresse que aumentem a resistência periférica à ação de insulina - - Manter a dose habitual quando a descompensação foi causada por falha de aplicação.</p>	Médico
21	<p>5º passo: Monitorização laboratorial - Glicosúria, cetonúria e HGT: de 2/2h até negativação da cetonúria. - Glicemia, eletrólitos e gasometria: 2h/2h nas primeiras 6h, depois 4h/4h até resolução da CAD. - Após resolução da CAD: Glicemia 4/4h por 24h (correção com insulina conforme HGT); depois glicemia antes das principais refeições.</p>	Médico
22	<p>Complicações: - Hipoglicemia: - Complicação mais frequente</p>	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia < 60mg/dL - Correção: 200mg/kg ou - Glicose a 10%: 5 a 10 mL/kg em infusão rápida, seguida da infusão contínua de glicose em velocidade de 6 a 8 mg/kg/min. - Edema cerebral: Complicação mais temida no tratamento da CAD. - Ocorre de 4 a 12 horas após início do tratamento; - Sintomatologia: cefaleia, recorrência dos vômitos, alterações do nível de consciência, hipertensão arterial, diminuição abrupta da frequência cardíaca (não relacionada com períodos de sono nem com reposição rápida de volume), sinais clínicos de hipertensão intracraniana, inclusive papiledema, podendo culminar com morte. - Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir velocidade de infusão dos líquidos para 1/3. • Elevar cabeceira a 30%. • Manitol: dose de 0,5 a 1 g/Kg, EV, 10-15minuto. Repetir dose se não apresentar resposta. • Solução hipertônica (ausência do Manitol): 2,5 – 5,0ml/kg, IV, 10 a 15minutos. • Assim que possível realizar TC crânio para descartar outros diagnósticos. 											
23	<p>Dieta: Dia 1: dieta zero até correção da CAD. Dia 2: dieta branda para diabético Dieta 3: dieta normal para o diabético; Oferecer dieta 6 vezes/dia, sendo a última refeição entre 22 e 23 horas.</p>	Médico										
24	<p>Manejo após resolução Cetoacidose: - Iniciar NPH na manhã após resolução da CAD: : 0,3 a 0,5 U/kg/dia, SC (fracionado 2/3 pela manhã e 1/3 noite) - Manter controles das glicemias com correção (Insulina Regular) conforme HGT:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">Valor Glicemia</th> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">Dose Insulina Regular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">≥ 160mg/dL</td> <td>0.1 U/Kg/dose</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">≥ 200mg/dL</td> <td>0.2 U/Kg/dose</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">≥ 300mg/dL</td> <td>0.3 U/Kg/dose</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">≥ 400mg/dL</td> <td>0.4 U/Kg/dose</td> </tr> </tbody> </table>	Valor Glicemia	Dose Insulina Regular	≥ 160mg/dL	0.1 U/Kg/dose	≥ 200mg/dL	0.2 U/Kg/dose	≥ 300mg/dL	0.3 U/Kg/dose	≥ 400mg/dL	0.4 U/Kg/dose	Médico
Valor Glicemia	Dose Insulina Regular											
≥ 160mg/dL	0.1 U/Kg/dose											
≥ 200mg/dL	0.2 U/Kg/dose											
≥ 300mg/dL	0.3 U/Kg/dose											
≥ 400mg/dL	0.4 U/Kg/dose											
25	<p>Prevenção: - Paciente recém diagnóstico e seus cuidadores devem receber educação em diabetes antes da alta hospitalar: treinamento para aferir glicemia, aplicação de insulina, manejo das doses, orientação nutricional e orientações sobre o reconhecimento dos sinais de hipoglicemia.</p>	Médico										

Tabela para orientação do tratamento:

HORA	HIDRATAÇÃO	INSULINA	POTASSIO	FOSFORO	BICARBONATO	EXAMES
1 HORA	SF 10 – 20ml/kg, repetir SN	Não	Não Se K < 3.0 iniciar 20meq/L	Não	Se pH < 6.9, choque com falência miocárdica ou hiperpotassemia grave	Se pH < 6.9, choque com falência miocárdica ou hiperpotas

						semia grave
2 HORA	SF 10 – 20 ml/kg	Sim (0,1 U/kg/h)	K > 6: não K entre 4,5 – 6: 20meq/L K < 4,5: 40meq/L	Se fosforo < 1mg/dL : fosfato de potássio 10 a 20meq/L ao meio com Kcl		HGT, gasometria, eletrólitos, cetonúria
3 – 6 HORA	1/3 Volume total (Soro Manutenção + Reposição de perdas)	Sim				2h/2h
6- 12 HORAS	1/3 Volume total (Soro Manutenção + Reposição de perdas)	Sim				4h/4h
12H – 48H	Manutenção com soro isotônico com Glicose 5% e K: reduzir conforme ingesta	Sim				6/6h

*O Soro de Manutenção deve ser mantido conforme Holliday e reduzir conforme ingesta.
Manter OH total em torno 100%

7. SIGLAS

CAD – Cetoacidose Diabetica

DM – Diabetes Mellitus

HGT – Hmglicoteste

PH – Potencial Hidrogênico

SF – Soro Fisiológico

SM – Soro de manutenção

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Campos JJB, Almeida HG, Iochida LC, Franco LJ. Incidência de Diabetes Mellitus insulino-dependente (Tipo 1) na cidade de Londrina, PR, Brasil. Arq Bras Endocrinol Metab 1998;42(1):36-44.

da Silveira VMF, Menezes AMB, Post CLA, Machado EC. Uma amostra de pacientes com Diabetes tipo 1 no Sul do Brasil. Arq Bras Endocrinol Metab 2001;45(5):433-40.


Damiani D, Savoldelli RD, Da Silva MMX, Filho HCM, et al. Emergências em endocrinologia pediátrica. Endocrinologia na Prática Pediátrica. Pediatria Instituto da Criança Hospital das Clínicas. 3ª Ed, São Paulo, Editora Manole, 2016, p 383-422.

9. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Protocolo de atendimento as intercorrências na doença falciforme

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de atendimento as intercorrências na doença falciforme	Versão: 00
	Folha Nº: 1/x

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento às intercorrências agudas na doença falciforme.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Definição

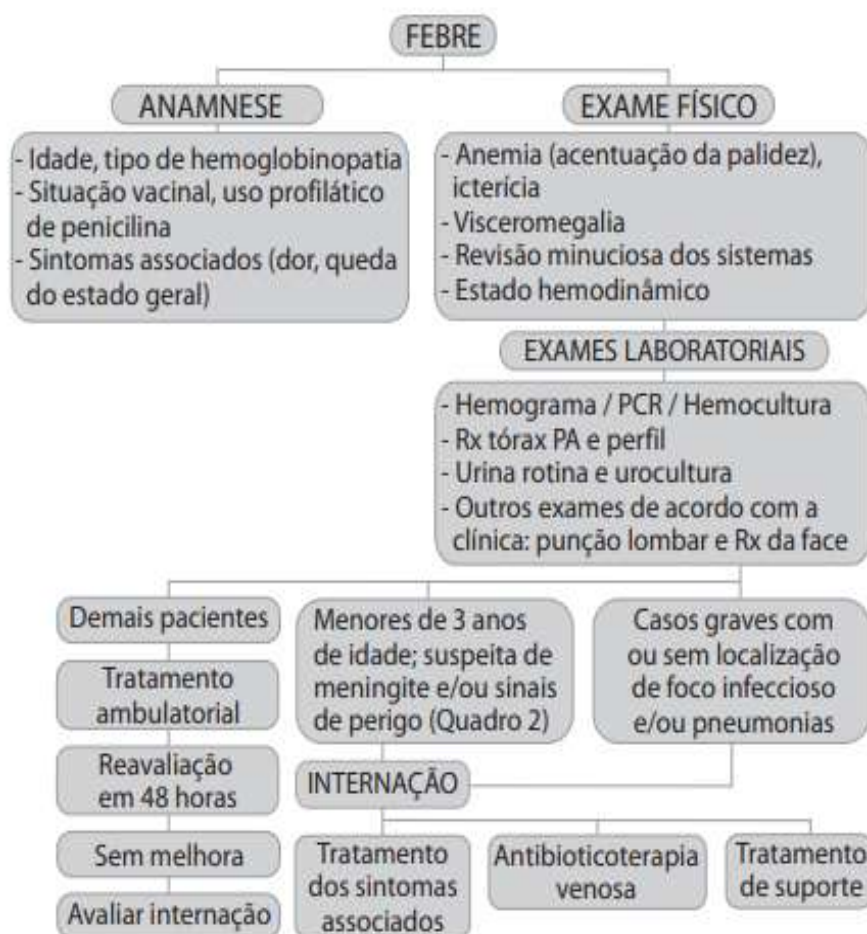
Doença falciforme é uma patologia hereditária secundária a uma mutação no gene Beta que produz a hemoglobina A, originando outra, mutante, denominada hemoglobina S e de herança recessiva. A anemia falciforme é determinada pela presença da hemoglobina S em homozigose (SS).

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), 5% da população mundial é portadora do gene para Hemoglobinopatias, e a cada ano

nascem 250.000 a 300.000 pessoas com doença falciforme (DF) em todo o mundo. Estima-se que a DF afeta aproximadamente 30.000 a 50.000 brasileiros, e que anualmente, de 1.000 a 3.500 crianças nascem com a doença.

Intercorrências agudas

- Febre
- Patogenos comuns: *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae*, *E. Coli*, *S. Aureus*, *Salmonella* e *mycoplasma pneumoniae*.
- Conduta:
- Anamnese, exame físico minucioso, identificar sinais de gravidade (desconforto respiratório, esplenomegalia, ictericia, dor óssea e alterações hemodinamicas);
- Exames complementares: hemograma, reticulócitos, culturas, radiografia de tórax, análise de LCR (caso suspeita de meningite) e outros exames de imagem conforme necessidade.
- Ponderar internação: <3 anos de idade e e temperatura >38,3°C
- Iniciar o antibiótico ainda na sala de emergencia.
- Avaliar alta após 72h com antibiótico oral se afebris, sem toxemia e com nível de Hb segura.

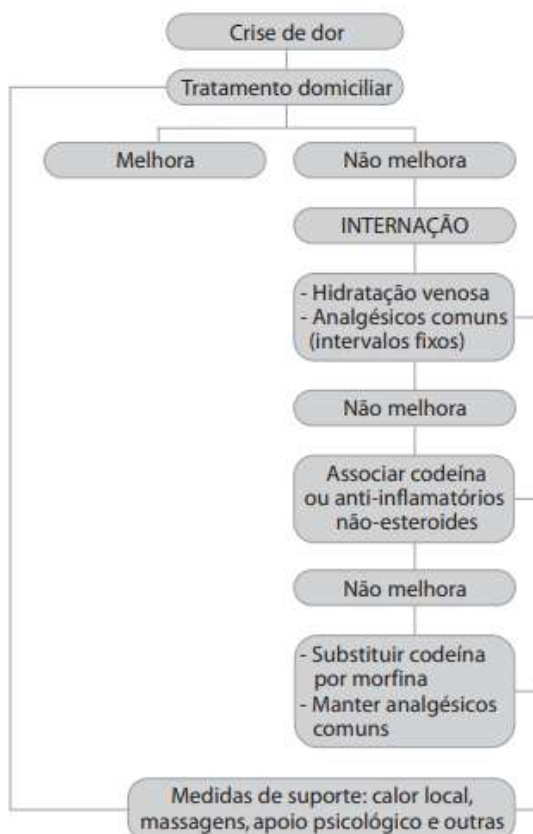


Crise álgica

- Fatores predisponentes: infecções, desidratação, exercícios físicos extenuantes, estresse físico ou psicológico, e mudanças bruscas de temperatura.
- Conduta:
- Anamnese e avaliação clínica: Caracterização da dor, sinais vitais, estado de hidratação, equilíbrio hemodinâmico, padrão respiratório, evidências de infecção e esplenomegalia.
- Exames complementares: hemograma, reticulócitos, culturas (se febre), hepatograma (se dor abdominal) radiografia de tórax e outros exames de imagem conforme necessidade.
- Tratamento:
 - Analgésicos comuns: dipirona e paracetamol
 - Antiinflamatórios não-hormonais: ibuprofeno e tenoxicam
 - Analgésicos potentes: morfina, tramadol e codeína

- Manejo da dor:

- Dor graduada de 1 a 3: analgésicos comuns de 4/4h e suspender após 24h sem dor
- Dor graduada 3 a 6: analgésicos comuns de 4/4h + antiinflamatórios não-hormonais de 8/8h; após 24 h sem dor, suspender o AI e manter o AC de 4/4h por mais 24 h.
- Dor graduada de 6 a 10: analgésicos comuns de 4/4h + analgésicos potentes de 4/4h + antiinflamatórios não-hormonais de 8/8h, intercalados. Após 24 h sem dor, suspender um fármaco a cada 24 h.



Sequestro esplênico

- Consiste em queda intensa e abrupta da hemoglobina com sinais de descompensação hemodinâmica, aumento súbito do baço e reticulocitose. Mais comum em menores de 2 anos.

Conduta:

- Anamnese e avaliação clínica: Palidez e aumento súbito do baço, com sinais de descompensação hemodinâmica grave e risco de morte súbita.
- Exames complementares: hemograma, reticulócitos.

Tratamento:

- Internação imediata com suporte hemodinâmico e transfusão de concentrado de hemácias urgente.
- Indicar esplenectomia após resolução da crise de sequestro esplênico e em acima de 2 anos atualizar vacinas antes.

Síndrome torácica aguda

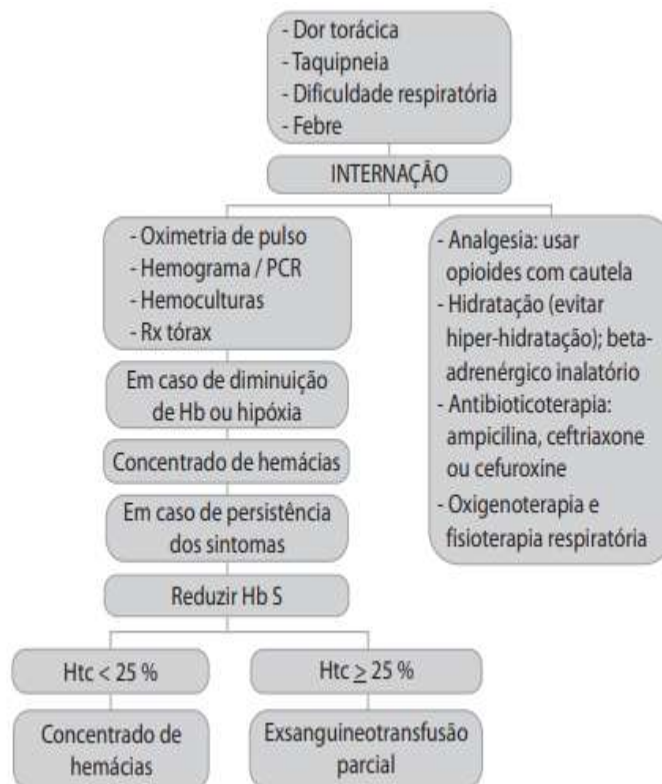
- A síndrome torácica aguda é caracterizada pela tríade: sintoma ou sinal respiratório (taquipneia, tosse, tiragem, dispneia, dor torácica etc.), infiltrado novo em radiografia de tórax e hipoxemia.

Conduta:

- Anamnese e avaliação clínica: quadro clínico compatível com sintomas e sinais respiratórios como dor torácica, tosse, dispneia, taquipneia, associados ou não à febre e hipoxemia.
- Exames complementares: hemograma completo, reticulócitos, culturas, oximetria de pulso e raio X de tórax com infiltrado novo pulmonar.

Tratamento:

- Todos os pacientes devem ser internados para antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, incluindo macrolídeos, suporte ventilatório/oxigenioterapia conforme necessidade e de terapia transfusional (reduzir a quantidade de hemoglobina S).
- Analgesia potente com uso de opioides caso necessário e suporte hídrico conforme necessidade hídrica diária para evitar a congestão pulmonar.
- A fisioterapia é fundamental para prevenir atelectasias.



Acidente vascular cerebral

- É uma das causas de crise vaso-oclusiva com altos índices de morbimortalidade na doença falciforme. Pode ser isquêmico e hemorrágico.

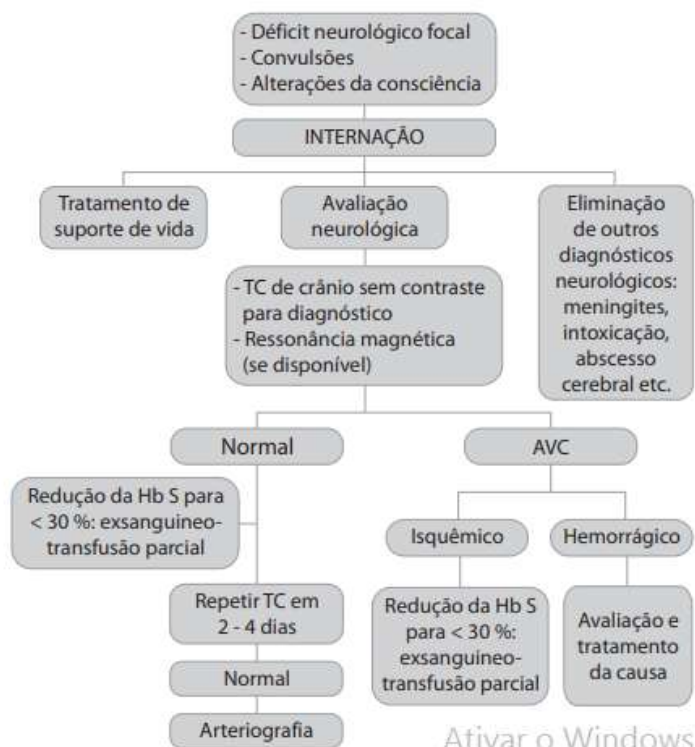
Conduta:

- Anamnese e avaliação clínica: quadro clínico apresenta, entre outros sintomas, hemiparesia, afasia ou disfasia, alterações da consciência, déficits neurológicos focais e convulsões.
- Exames complementares: hemograma, reticulócitos, ponderar punção lombar (afastar ou confirmar a infecção do SNC principalmente em < 1ano) e estudo de imagem para avaliar a extensão da isquemia e/ou sangramentos (TC ou ressonância).

Tratamento:

- Todos os pacientes devem ser internados para suporte hemodinâmico e ventilatório quando necessário.

- Realizar exsanguineo transfusão parcial imediata (diminuir o percentual de HbS para menos de 30%).
- Avaliação do especialista;



Crise aplástica

- Consiste em queda intensa e abrupta da hemoglobina com sinais de descompensação hemodinâmica, choque hipovolêmico e reticulocitopenia.

Conduta:

- Anamnese e avaliação clínica: quadro clínico apresenta, palidez, febre e sinais de descompensação hemodinâmica grave com risco de morte súbita.
- Exames complementares: hemograma e reticulócitos.
- Tratamento: internação imediata com suporte hemodinâmico e terapia transfusional com concentrado de hemácias até a elevação dos reticulócitos.



Priapismo

- O priapismo é a ereção dolorosa do pênis que pode ser acompanhado de dor abdominal e perineal, disúria ou retenção urinária, edema escrotal e aumento de próstata.

Conduta:

Anamnese e avaliação clínica:

- Exames complementares: hemograma, reticulócitos e monitorização da oximetria de pulso.

Tratamento:

- Suporte clínico: Analgesia conforme dor e hidratação conforme necessidades hídricas diárias.
- Terapia transfusional com exsanguinotransfusão parcial ou transfusão simples de concentrado de hemácias.
- Avaliação da urologia;



Outros

- Crise hiper-hemolítica: exacerbação da anemia, por aumento da hemólise geralmente devido à infecção.
- Envolvimento renal (crônico): hematúria, hipostenúria, glomerulopatia, hipoaldosteronismo.
- Envolvimento hepatobiliar: colelitíase, coledocolitíase, hepatite viral, hepatopatia falcêmica, sobrecarga de ferro hepático.
- Envolvimento ocular: retinopatia
- Hipoesplenismo chegando até à auto-esplenectomia

Sinais de alarme na criança falciforme

- Palidez súbita
- Piora da icterícia

- Distensão abdominal
- Aumento do baço ou do fígado
- Hematúria
- Priapismo
- Dor refratária a analgésicos comuns
- Tosse ou dispneia
- Febre
- Alterações neurológicas (convulsões, letargia, fraqueza muscular, mudança de comportamento)
- Impossibilidade de ingerir líquidos
- Vômitos
- Sinais de desidratação

Critérios de internação

- Dor refratária a medicação
- Crianças com doença falciforme com menos de 3 anos de idade e temperatura superior a 38,3°C.
- Crises álgicas
- Síndrome torácica aguda
- Priapismo
- Infecções
- Fatores de risco: febre acima de 38°C, desidratação, palidez, vômitos recorrentes, aumento de volume articular, dor abdominal, sintomas pulmonares agudos, sintomas neurológicos, priapismo, processos álgicos que não se resolvem com analgésicos comuns.

Critérios para transfusão

- Transfusão de concentrado de hemácias nos casos de queda de >20% da hemoglobina com relação ao valor basal do paciente, níveis séricos de hemoglobina <6 mg/dl.
- Exsanguíneo transfusão ou transfusão de troca em pacientes com AVC isquêmico, pneumonia grave, hipoxemia aguda, no pré-operatório de cirurgias com anestesia geral e priapismo agudo.

Critérios de alta

- Melhora clínica
- Afebril por mais de 48 horas
- Sem uso de oxigênio
- Dor controlada
- Alimentação basal
- Hemoglobina no valor basal
- Estado de hidratação adequada

Profilaxia

- Penicilina profilática: iniciar aos 3 meses e continuar até 5 anos.
- Penicilina V oral (125mg 2 x ao dia até 10 kg, 250mg 2x ao dia de 10 a 20 kg, 500 mg 2 x ao dia acima de 20kg)
- Penicilina Benzatina 300.000 UI IM a cada 21 dias em pacientes até 10 kg, 600.000 UI IM a cada 21 dias de 10 a 20kg, 1200.000 UI IM a cada 21 dias em pacientes com peso superior a 20 kg.
- Se alérgico eritromicina 10mg/kg 2x ao dia
- Imunização: PNI e Vacinas especiais
- Suplementação com folato 1 a 2mg/dia
- Hidroxiureia:
 1. Dose inicial de 20 mg/kg seguida de aumento a cada 2 meses de 2,5-5 mg/kg até dose máxima de 35 mg/kg.

2. Indicações: eletroforese compatível com anemia falciforme, maiores que 2 anos ou a partir de 9 meses (se: dactilite, hemoglobina menor que 7, leucócitos maiores que 20 mil), possibilidade de comparecer em revisões periódicas, BHCG sérico negativo, ter apresentado pelo menos uma das complicações nos últimos 12 meses (3 episódios de crises vasclusivas sem necessidade de atendimento médico, 2 episodios de crises torácica aguda, um episódio de priapismo, necrose isquêmica óssea, insuficiência renal, proteinuria de 24 horas maior que 1 grama, anemia grave persistente, LDH elevado 2x acima do normal, retinopatia proliferativa ou qualquer lesão crônica de órgãos.

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

AMERICAN PAIN SOCIETY. Guideline for the management of acute and chronic pain in sickle cell disease. Glenview, [1999]. (Clinical practice guideline, n. 1).

ARAUJO, Paulo Ivo Cortez. Doença falciforme na emergência. Revista de Pediatria SOPERJ, [s. /], v. 13, n. 2, p. 68-71, 1 dez. 2012.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doença falciforme: Condutas básicas para tratamento. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília - DF, ed. 1, 2012.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de eventos agudos em doença falciforme. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília - DF, ed. 1, 2009.


NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. The management of sickle cell disease. National Heart, Lung, and Blood Institute, Estados Unidos da America, n. 4, p. 02-2117, 19 abr. 2002.

4. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Abdome Agudo Obstrutivo

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Pronto Socorro	Identificação: 000
Assunto: Abdome Agudo Obstrutivo	Versão: 00
	Folha Nº: 1/x

1. INTRODUÇÃO

Abdome agudo é definido como dor abdominal de início súbito, não traumática, havendo a necessidade de diagnóstico e tratamento imediatos. O diagnóstico sintromico e etiológico do quadro de abdome agudo é essencial e deve ser realizado com rapidez, uma vez que norteará o tratamento

2. OBJETIVO

Definir a rotina do Serviço em relação à rotina para diagnóstico, fluxo interno e conduta no paciente com Abdômen Agudo Obstrutivo.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adolescente e/ou crianças, atendidos no HECAD.

4. RESPONSÁVEIS

Médicos.

5. PROCEDIMENTOS

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Após classificação de risco realizar avaliação clínica, considerando desidratação, anemia, instabilidade hemodinâmica, oligúria, sinais de peritonite.	Médico
2	Solicitar exames complementares: <ul style="list-style-type: none"> • Hematobioquímicos: HMG, ureia, creatinina, glicemia, gasometria arterial, PCR, DHL, Na⁺ e K⁺, beta-HCG, EAS (se possível), amílase, lipase. • Radiológicos: TC de abdômen total contrastada (exceto se IR). TC de tórax – tabagistas, idade > 60 anos, pacientes desnutridos ou com sério comprometimento clínico. Solicitar também em pacientes com taquipneia ou tosse e 	Médico

	<p>em obesos. Opcional: Rx de tórax PA em ortostase Rx de abdome Ap- ortostase decúbito dorsal Pode-se aproveitar exames prévios caso o paciente porte consigo exames de boa qualidade.</p>	
3	<p>Conduta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Abdômen agudo Obstrutivo: <p>A Obstrução é mecânica ou funcional Considerar causas como íleo paralítico, uremia, doenças – lesões medulares, pacientes acamados, uso de opioides, cetoacidose diabética, megacólon tóxico. Sendo a obstrução funcional => Investigar e tratar causa. Pode ser necessário procedimento descompressivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicar intervenção cirúrgica: A intervenção deve ser em regime de URGÊNCIA nos casos em que haja <u>Peritonite</u>, leucócitos >16.000 ou Bastões >5% considerar laparotomia imediata. <p>Exceções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstrução Alta parcial por bridas => sendo esta a hipótese e se a intervenção cirúrgica tiver sido há < 6 meses ou paciente com > 2 intervenções prévias considerar internação para tratamento clínico durante 48-72 h. Hidratação, dieta zero, SNG, outras medidas clínicas. <p>No mais deve-se proceder à indicação e realização do procedimento pelo plantão, não se passado o caso para a enfermaria. As primeiras 24 horas do paciente poderão ser no pronto socorro (PS). Realizar as medidas clínicas iniciais como hidratação, correção de DHEAB (Distúrbios Hidro-Eletrolíticos e Ácido-Básicos), início de ATB se for o caso oxigenoterapia, hemotransfusão, etc. Prescrever Hidratação Venosa até mesmo antes do exame. O paciente obstruído diagnosticado no plantão noturno poderá ser operado pelo plantão do dia.</p>	Médico
4	Realizar acompanhamento diário até alta.	Médico

6. SIGLAS

ATB - Antibioticoterapia

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Plataforma Up-to-Date (www.uptodate.com)

8. ANEXOS

Não aplicável.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original</p> <p>xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)</p> <p>xx/xx/xxxx Data</p>
---	---	--

Manual de Antibioticoterapia Empírica e Dirigida

Setor: Unidade de Terapia Intensiva

1.OBJETIVO

A primeira edição do Manual de antimicrobianos e antibioticoprofilaxia cirúrgica – HECAD está organizada em três grandes seções: princípios gerais, antimicrobianos terapêuticos e profiláticos, infecções fúngicas. O guia pretende abordar de maneira ampla a prevenção e tratamento das infecções mais prevalentes no contexto deste hospital, visando otimizar o uso de antimicrobianos. Tem como objetivo facilitar a assistência a pacientes no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente, além de padronizar o uso de antimicrobianos nos diferentes serviços da instituição.

2. DIRETRIZ

2.1 PRINCÍPIOS GERAIS

NÍVEL DE EVIDÊNCIA	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
I – Revisão sistemática e Meta-análise de Ensaio clínico controlado e randomizado; Ensaio clínico controlado e randomizado; Diretriz nacional ou internacional editada por instituição idônea, construída e bem documentada com a metodologia de classificação de evidências.	A - há evidências, cujos melhores estudos são classificados com nível de evidência I, diretamente aplicáveis à população alvo, que mostram consistência geral dos resultados, que suportam a recomendação.
II – Outros ensaios de intervenção com resultados "tudo ou nada"; revisão sistemática de estudo de coorte ou caso controle; estudo de coorte; estudo caso-controle; estudo descritivo diagnóstico de padrão ouro que é randomizado ou controlado; estudo descritivo diagnóstico não padrão ouro que é randomizado ou controlado.	B - Há evidências cujos melhores estudos são classificados com nível de evidência II, diretamente aplicáveis à população alvo, e que mostraram consistência geral dos resultados ou há evidências extrapoladas de estudos de nível de evidência I, que suportam a recomendação.
III – Série de casos.	C - Há evidências cujos melhores estudos são classificados com nível de evidência III, diretamente aplicáveis à população alvo, e que mostraram consistência geral dos resultados e que suportaram a recomendação.
IV – Consenso ou opinião de especialista.	D - Recomendações extraídas de estudos não analíticos, de diretrizes construídas sem a metodologia de classificação de evidências, de série de casos e de opinião de especialistas.

2.1.1 Orientações para a administração de antimicrobiano empírico:

- Em caso de sepse ou choque séptico, utilizar dose máxima do antimicrobiano por Kg/peso e respeitar as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas da droga, principalmente em relação à diluição e tempo de administração;
- Durante todo o tratamento, principalmente nas primeiras 24 horas, reavaliar seu uso conforme o resultado da coloração de *Gram*, das culturas e da evolução clínica;
- Em caso de insuficiência renal, ajustar a dose após 72 horas da dose cheia em caso de sepse ou choque séptico ou após 24-48 horas nos demais casos;
- Apesar de classificadas como infecção comunitária, alguns pacientes apresentam risco de infecções por bactérias multirresistentes. Avaliar antes da prescrição do antimicrobiano se o paciente é colonizado por bactérias multirresistentes (nos casos de pacientes internados na instituição, avaliar indicação de precaução adicional na aba “Evolução SCIRAS”), se fez uso de antimicrobianos recentemente (especialmente betalactâmicos e fluorquinolonas, devido ao risco elevado de infecções posteriores por bactérias produtoras de ESBL).

2.1.2 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:

- Considerar para efeito de tratamento com antimicrobianos de amplo espectro: pacientes internados há mais de 48 horas, submetidos a procedimentos invasivos, procedente de cuidados relacionados à assistência à saúde como home care/hospital dia/ clínicas de hemodiálise, internações nos últimos três meses ou tratamento com antimicrobianos no último mês.

2.2 ANTIMICROBIANOS TERAPÊUTICOS

Patologia	Antimicrobiano	Duração da Antibioticoterapia	Tratamento
Abscesso dentário	Clindamicina 20-40 mg/kg/dia IV dividir 6/6 ou 8/8 horas ou Amoxicilina-clavulanato 25mg Amoxa/kg 8/8 horas. Obs: Dose Amoxicilina/Clavulanat o < 3meses ou < 4kg: 25mg/kg 12/12h	10-14 dias	Nas infecções hospitalares ou uso prévio prolongado de antimicrobiano: Piperacilina-Tazobactam 300mg/kg/dia IV - dividir 6/6h Adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório</u> Duração: de acordo com evolução clínica, possibilidade de drenagem, programação inicial D10.
Mediastinite	Ceftriaxone 50-100 mg/kg/dia IV	Nas infecções hospitalares ou falha no uso prévio de outros antimicrobianos	

	+ Clindamicina 20-40 mg/kg/dia IV dividir 6/6 ou 8/8 horas	Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h (correr em 3 horas caso de sepse ou choque séptico) ou Piperacilina -Tazobactan 300mg/kg/dia IV - dividir 6/6h + Dose de ataque: Vancomicina 25-30mg/kg/dose e após 15-20mg/kg/dose 12/12h (associar Clindamicina para inibir toxina estafilocócica) Tratar no mínimo por 21 dias. Controle com imagens. Importante intervenção cirúrgica. Adequar a terapia com o resultado das <u>culturas</u> colhidas no <u>intra-operatório</u>
Pneumonia Comunitária (<72 horas de internação ou 48 horas de VM)	Amoxicilina + Clavulanato IV > 3 meses: 25mg Amoxa/kg 8/8 horas. < 3meses ou < 4kg: 25mg/kg 12/12h ou Ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia IV+ Claritromicina 15 mg/kg/dia dividir 12/12h ou Se a história de doença pulmonar crônica – Cefepime 100-150 mg/kg/dia dividido 8/8h ou Piperacilina + Tazobactam 300mg/kg/dia IV – dividir 6/6 horas	Tratar por 5 a 7 dias. Nos pacientes em ventilação mecânica, coletar cultura de secreção traqueal, se possível, antes de iniciar o antimicrobiano.
Pneumonia por broncoaspiração (< 72 horas de internação ou 48 horas de VM)	Amoxicilina-clavulanato > 3 meses: 25mg Amoxa/kg 8/8 horas. < 3meses ou < 4kg: 25mg/kg 12/12h ou Ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia IV+ Clindamicina 20-40 mg/kg/dia IV dividir 6/6 ou 8/8 horas.	Tratar por 7 dias. Nos pacientes em VM, coletar cultura de secreção traqueal, se possível, antes de iniciar o antimicrobiano.
Pneumonia associada a VM se (> 48hs e <5 dias de internação)	Cefepime 100-150 mg/kg/dia dividido 8/8h ou Piperacilina + Tazobactam 300mg/kg/dia IV – dividir 6/6 horas	Tratar por 7 dias. Colher cultura de secreção traqueal, se possível, antes de iniciar o antimicrobiano.
Pneumonia associada a VM se (>5 dias de internação)	Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h + Dose de ataque: Vancomicina 25-30 mg/kg e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h	Tratar por 10 a 14 dias. Colher cultura de secreção traqueal, se possível, antes de iniciar o antimicrobiano.

Infecção associada ao uso de Marcapasso ou CDI	Vancomicina dose de ataque 20mg/kg/dose seguido de 1g IV 12/12h + Rifampicina 10-20mg /kg/dia VO 12/12h (máx dose: 600mg/dia)	Remover dispositivo (se >13 dias de implante) e realizar tratamento 10 a 14 dias após retirada do dispositivo. Se Endocardite associada tratar por 4 a 6 semanas (dependendo do organismo isolado).
---	---	---

Patologia	Antimicrobiano	Infecção associada a assistência à saúde	Alergia a betalactâmicos	Duração da Antibioticoterapia
Peritonite	Ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia IV 1 vez ao dia ou 12/12h + Metronidazol 22,5-40 mg/kg/dia IV dividir em 8/8h	Peritonite terciária: Piperacilina + Tazobactam 300mg/kg/dia IV – dividir 6/6 horas ou Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h + dose de ataque Vancomicina 20mg/kg/dose e 15mg/kg/dose IV 12/12h Considerar terapêutica antifúngica com agente fungicida em peritonite terciária.		Programação Inicial 7 dias.
Pancreatite aguda com sinais clínicos de infecção	Ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia IV 1 vez ao dia ou 12/12h + Metronidazol 22,5-40 mg/kg/dia IV dividir em 8/8h Por 7 dias se infecção comunitária	Piperacilina + Tazobactam 300mg/kg/dia IV – dividir 6/6 horas ou Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h+ dose de ataque Vancomicina 20mg/kg/dose e 15mg/kg/dose IV 12/12h	-	Tratar por 7 dias se infecção comunitária Tratar por 10 dias, se infecção associada a assistência à saúde.
Diverticulite	Ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia IV 1 vez ao dia ou 12/12h	Infecções moderadas Piperacilina+ Tazobactam	Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h	Diverticulite não complicada (grau I) considerar não

	+ Metronidazol 22,5-40 mg/kg/dia IV dividir em 8/8h	300mg/kg/dia IV – dividir 6/6 horas Infecções graves Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h ou Ampicilina/sulbact am 100-300 mg/kg/dia IV 6/6h + Metronidazol 22,5-40 mg/kg/dia IV dividir em 8/8h + Amicacina 15mg/kg/dose 1x/dia	ou Ampicilina/sulbact am 100-300 mg/kg/dia IV 6/6h + Metronidazol 22,5-40 mg/kg/dia IV dividir em 8/8h + Amicacina 15mg/kg/dose 1x/dia	iniciar antibióticos. 7 dias
--	---	--	---	------------------------------------

Patologia	Antimicrobiano	Infecção associada a assistência à saúde	Alergia a betalactâmicos	Duração da Antibioticoterapia
Meningite Pós-neurocirurgia	Vancomicina 25-30 mg/kg EV ataque e 15-20mg/kg/dose 8/8h + Cefepime 100-150 mg/kg/dia dividido 8/8h ou Meropenem 120mg/kg/dia IV dividir 8/8h	Discutir com o infectologista. Polimixina B intratecal 20.000UI 1x/dia por 3 dias seguidos depois 25.000 UI 48/48h por > ou = 2 semanas se infecção por Acinetobacter XDR ou KPC	-	Pelo menos 14 dias.
Abscesso cerebral	Ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia IV 1 vez ao dia ou 12/12h + Metronidazol 22,5-40 mg/kg/dia IV dividir em 8/8h + Oxacilina 150-200 mg/kg/dia EV dividir 6/6 horas	Vancomicina 25-30 mg/kg EV ataque e depois 15- 20mg IV 8/8h + Cefepime 100-150 mg/kg/dia dividido 8/8h ou Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h	-	Avaliação da neurocirurgia para intervenção cirúrgica (abscessos maior ou igual a 2,5 cm, pacientes com <i>Glasgow</i> menor que 12, falha a tratamento clínico, imunossuprimido) . Ajustar terapia de acordo com as culturas do intra operatório. Controle de TC de crânio antes da suspensão do ATB terapia.

				Programação de 4-8 semanas.
--	--	--	--	-----------------------------

Patologia	Evidência	Antimicrobiano	Infecção associada a assistência à saúde	-	Alergia a betalactâmicos	Duração da Antibióticoterapia
Osteomielite aguda	-	Oxacilina 150-200 mg/kg/dia EV dividir 6/6 horas + Gentamicina IV 5mg/kg/dia 1x/dia	Dose de ataque Vancomicina 25-30 de ataque e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h ou Teicoplanina Dose de ataque 10mg/kg IV 12/12h por 3 dias seguido de 6-10mg/kg/dia + Cefepime 100-150 mg/kg/dia dividido 8/8h	-	-	Fazer 2 semanas IV + 4 semanas VO. Considerar punção ou Drenagem
Osteomielite crônica	-	Oxacilina 150-200 mg/kg/dia EV dividir 6/6 horas + Gentamicina IV 5mg/kg/dia 1x/dia- até resultado de culturas colhidas em intra-operatório	Vancomicina (25-30 de ataque e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h) ou Teicoplanina (Dose de ataque 10mg/kg IV 12/12h por 3 dias seguido de 6-10mg/kg/dia) + Cefepime 100 -150 mg/kg/dia dividido 8/8h	-	-	Fazer 6 meses (IV durante internação + VO após alta). Adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório</u> . Considerar retirada do material de síntese.

Artrite Séptica	-	Oxacilina 150 -200 mg/kg/dia EV dividir 6/6 horas + Gentamicina IV 5mg/kg/dia 1x/dia	Vancomicina (25-30 de ataque e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h) ou Teicoplanina (Dose de ataque 10mg/kg IV 12/12h por 3 dias seguido de 6-10mg/kg/dia) + Cefepime 100 -150 mg/kg/dia dividido 8/8h	-	-	Fazer 6 semanas (2 semanas IV + 4 semanas VO). Adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório durante drenagem ou em hemoculturas</u> .
Infec�es p�s-operatórias	-	Vancomicina (25-30 de ataque e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h) ou Teicoplanina (Dose de ataque 10mg/kg IV 12/12h por 3 dias seguido de 6 - 10mg/kg/dia) + Cefepime 100 -150 mg/kg/dia dividido 8/8h	-	-	-	2 semanas com reavalia�o. Adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório durante drenagem ou em hemoculturas</u> . Considerar retirada de material de síntese.

Patologia	Evidência	Antimicrobiano	Infec�o associada a assistência � saúde	Alergia a betalactâmicos	Dura�o da Antibioticoterapia
Celulite	-	Oxacilina 150 - 200 mg/kg/dia EV dividir 6/6 horas ou Clindamicina 20-40 mg/kg/dia IV	Vancomicina (25-30 de ataque e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h) ou Teicoplanina	-	Por 7 dias, se infec�o comunitária. Por 10 a 14 dias, se infec�o hospitalar e

		dividir 6/6 ou 8/8 horas	(Dose de ataque 10mg/kg IV 12/12h por 3 dias seguido de 6-10mg/kg/dia) + Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h		adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório</u>
Celulite/ Erisipela em Diabético	-	Amoxicilina-clavulanato > 3 meses: 25mg Amoxa/kg 8/8 horas. < 3meses ou < 4kg: 25mg/kg 12/12h OU Clindamicina 20-40 mg/kg/dia IV dividir 6/6 ou 8/8 horas + Gentamicina 3-5mg/kg/dia IV	Vancomicina (25-30 de ataque e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h) ou Teicoplanina (Dose de ataque 10mg/kg IV 12/12h por 3 dias seguido de 6 - 10mg/kg/dia) + Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h	-	Por 5-7 dias, se infecção comunitária. Por 7 - 10 dias, se infecção hospitalar Tratar 14 dias infecção comunitária e adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório</u>
Gangrena Gasosa	-	Ceftriaxona 50 - 100 mg/kg/dia IV 1 vez ao dia ou 12/12h + Clindamicina 20 - 40 mg/kg/dia IV dividir 6/6 ou 8/8 horas	-	-	Tratar 10 - 14 dias infecção comunitária e adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório</u>
Piomiosite	-	Oxacilina 150-200 mg/kg/dia EV dividir 6/6 horas ou Cefepime 100-150 mg/kg/dia dividido 8/8h	Vancomicina 25-30 de ataque e 15-20 mg/kg/dose IV 12/12h	-	Tratar 10 - 14 dias infecção e adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no intra-operatório</u>
Fasceite necrotizante	-	Ceftriaxona 50 - 100 mg/kg/dia IV 1 vez ao dia ou 12/12h + Metronidazol 22,5-40 mg/kg/dia IV dividir em 8/8h ou Clindamicina 20 - 40 mg/kg/dia IV	Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h ou Piperacilina - Tazobactam 300mg/kg/dia IV - dividir 6/6h + Vancomicina 25-30 de ataque e 15-20	-	Por 14 dias, se infecção comunitária. Por 14 a 21 dias, se infecção hospitalar e adequar a terapia com o resultado das <u>culturas colhidas no</u>

		dividir 6/6 ou 8/8 horas	mg/kg/dose IV 12/12h ou Daptomicina 4mg/kg/dia ou Linezolida 10mg/kg 8/8h (associar Clindamicina para inibir toxina estafilocócica)		<u>intra-operatório</u>
--	--	--------------------------	---	--	-------------------------

Patologia	Evidência	Antimicrobiano	Infecção associada a assistência à saúde	Alergia a betalactâmicos	Duração da Antibioticoterapia
ITU/Pielonefrite	-	Ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia IV 1 vez ao dia ou 12/12h ou Amoxicilina-clavulanato > 3 meses: 25mg Amoxa/kg 8/8 horas. < 3meses ou < 4kg: 25mg/kg 12/12h	Piperacilina-Tazobactam 300mg/kg/dia IV - dividir 6/6h ou Cefepime 100 -150 mg/kg/dia dividido 8/8h ou Meropenem 60mg/kg/dia IV dividir 8/8h	-	Por 7dias

2.3. INTRODUÇÃO NORMAS PARA USO DE ANTIFÚNGICOS NAS INFECÇÕES POR CÂNDIDA

2.3.1. Infecções Invasivas por Cândida são as infecções fúngicas invasivas mais comuns, correspondendo por 70-90% de todas as micoses invasivas, sendo as mesmas associadas a alta mortalidade, especialmente em Unidade de Terapia Intensiva. Logo, o início rápido da terapêutica antifúngica apropriada é essencial para o controle de infecções invasivas por Cândida e para redução da mortalidade. Assim sendo, sugerimos que a terapia antifúngica empírica deva ser considerada em pacientes criticamente doentes, com fatores de risco para Candidíase Invasiva, Score Candida elevado e quando não existir nenhuma outra causa conhecida da febre.

2.3.2. Terapêutica empírica por suspeita de infecção por *Candida*.

Critérios avaliados:

- 1) Febre persistente apesar de terapêutica com antibioterapia de largo espectro.
- 2) Fatores de risco para Candidíase Invasiva.
- 3) Marcadores sorológicos positivos para Candidíase Invasiva e/ou isolamento de *Candida* em vários locais não estéreis.
- 4) Cirurgia abdominal recente ou perfuração intestinal recorrente/fistulas anastomóticas.

Escore sugerido:

Embora início imediato da terapêutica antifúngica apropriada seja essencial para um melhor prognóstico, o diagnóstico precoce de doença invasiva continua a ser um desafio. Assim, sugerimos o uso do Score *Candida*. Esta pontuação pode diferenciar os pacientes que se beneficiariam de tratamento antifúngico mais cedo (Score *Candida* > 3) daqueles para quem a Candidíase Invasiva é altamente improvável.

altamente improvável.

2.3.3. Risk factors for invasive candidiasis, according to the value of "*Candida* score"

Fatores de risco	<i>Candida</i> score = 2 (n = 44)	<i>Candida</i> score = 3 (n = 29)	<i>Candida</i> score = 4 (n = 17)	<i>Candida</i> score = 5 (n = 4)
Sepse grave ou choque séptico	44	29	17	4
Nutrição parenteral total	0	8	15	4
Cirurgia	0	10	17	4
Colonização por <i>Candida</i>	0	11	2	4
Ventilação mecânica invasiva	30	23	11	2
Cateter venoso central	39	27	15	4

Sonda vesical de demora	42	27	17	4
Antibioticoterapia por mais de 5 dias nas últimas 2 semanas	39	25	14	4
Hemodiálise	8	10	4	1
Diabetes mellitus insulino-dependente	7	4	0	0
Imunossupressão	4	3	2	0

I - CANDIDEMIA

Patologia	Evidência	Antifúngico primeira escolha	-	-	Antifúngico segunda escolha	Duração do tratamento
Candidemia* / Candidíase invasiva *Isolamento de Candida spp em hemocultura Em adultos não-neutropênicos.	-	Os pacientes que estão clinicamente estáveis ou não receberam previamente terapia com azol por longo prazo. Fluconazol 12 mg/kg/dia EV (1ª dose de ataque) seguido de 6mg/kg/dia. Não utilizar em C. Krusei e C. Glabriata.	Os pacientes que estão clinicamente instáveis devido a Candidemia ou que tenham recebido terapia com azol por longo prazo. Anidulafungi na 1,5-3 mg/kg EV (Dose de ataque) seguido de 0,75-1,5 mg/kg/ dia ou Micafungina 2mg/kg a cada 24h (máx 100mg)	-	-	Terapêutica antifúngica durante 14 dias após resolução da sintomatologia e após primeira hemocultura negativa. Descalonar para azol a partir do 5º dia, se estabilidade clínica. Remoção do cateter venoso central. Ponderar exame de fundoscopia USG abdome e Ecocardiograma se candidemia persistente ou FO com alterações.

<p>Candidemia* / Candidíase invasiva *Isolamento de Candida spp em hemocultura em pacientes neutropênicos.</p>	<p>Forte recomendação; evidência de moderada qualidade</p>	<p>Anidulafungi na 1,5-3 mg/kg EV (Dose de ataque) seguido de 0,75 -1,5 mg/kg/ dia ou Fluconazol 12 mg/kg/dia EV (1ª dose de ataque) seguido de 6mg/kg/dia é uma alternativa aceitável para pacientes que não tenham exposição recente a azólicos e não são colonizados por espécies de Candida resistente a Candida. Anfotericina formulação lipídica 3-5 mg/kg por dia é uma alternativa se há intolerância para outros agentes antifúngicos . (Evidência baixa de qualidade). Avaliar suspensão da terapia antifúngica após 4-5 dias caso não haja evidência de candidemia.</p>				<p>Terapêutica antifúngica durante 14 dias após resolução da sintomatologia e após hemocultura negativa. Descalonar precocemente para azol mediante melhora clínica. Ponderar remoção do cateter venoso central. *Se o germe isolado nas hemoculturas for C. albicans ou C. glabrata siga as recomendações indicadas pelo infectologista da SCIH.</p>
---	--	--	--	--	--	---

Cistite assintomática	-	Tratamento não indicado exceto populações especiais (consultar infectologista): Neutropênicos – tratar como candidemia.	-	-	-	Submetidos a procedimentos urológicos – Fluconazol 12 a 6mg/kg DU
Cistite sintomática / Pielonefrite	-	Fluconazol 12 mg/kg/dia EV (1ª dose de ataque) seguido de 6mg/kg/dia por 14 dias (hidrossolúvel, excretado na urina sob forma ativa)	-	-	Anidulafungina 1,5-3 mg/kg EV (Dose de ataque) seguido de 0,75-1,5 mg/kg/ dia ou Miconazola 2mg/kg a cada 24h (máx 100mg) ou Anfotericina B 1mg/kg/dia (máx 50mg) 14 dias	Atenção: Equinocandinas possuem baixas concentrações urinárias
Candida isolada nas secreções respiratórias	-	Tratamento não indicado	-	-	-	-
Infecção osteoarticular/ Osteomielite	-	Fluconazol 12 mg/kg/dia EV (1ª dose de ataque) seguido de 6mg/kg/dia EV por 6 a 12 meses ou Anfotericina B Lipossomal 3-5 mg/Kg/dia EV – 2 a 6 semanas, seguida de Fluconazol 6mg/kg/dia	-	-	Equinocandina (dose convencional) por 14 dias seguida de Fluconazol 400 mg/dia EV por– 6 a 12 meses.	-


		EV por 6 a 12 meses.				
Artrite séptica	-	Fluconazol 12 mg/kg/dia EV (1ª dose de ataque) seguido de 6mg/kg/dia EV durante 6 semanas ou Anfotericina B Lipossomal 3-5 mg/Kg/dia EV – 2 semanas, seguida de Fluconazol 6mg/kg/dia EV por até 6 semanas.	-	-	Anidulafungi na 1,5-3 mg/kg EV (Dose de ataque) seguido de 0,75-1,5 mg/kg/ dia ou Micafungina 2mg/kg a cada 24h (máx 100mg) EV por 14 dias seguida de Fluconazol 6mg/kg/dia EV por até 6 semanas.	Está recomendada a remoção da prótese infectada.
Candidíase do S.N.C.	-	Anfotericina B Lipossomal 3-5 mg/Kg/dia EV ± 5-flucitosina 25 mg/kg 4x/dia (caso disponível) seguida de Fluconazol 12mg/kg/dia EV após resposta terapêutica.	-	-	-	Tratar até todas as alterações clínicas do liquor e imagiológicas estarem resolvidas.
Candidíase oral	-	Pacientes com infecção por HIV ou com outras patologias exceto neutropênicos fazer: Nistatina oral 1ml a 4ml (4x ao dia) por 14 dias. Repetir tratamento se recuperação	Sem resposta a Nistatina: Fluconazol 12 mg/kg/dia (dose ataque) seguido 6 mg/kg/dia por 14 dias (EV se não tolerar via oral)	-	Candidíase oral refratária ou intolerância ao Fluconazol: Anfotericina Convencional 0,3mg/kg a 0,5mg/kg por 7 a 14 dias ou Equinocandinas por 7 a 14 dias.	-

		imunológica prevista.				
Candidíase esofágica	-	Fluconazol 12 mg/kg/dia (dose de ataque), seguido de 6 mg/kg/dia por 14 a 21 dias (EV se não tolerar via oral).	-	-	Anfotericina Convencional 0,3mg/kg a 0,5mg/kg (máx 50mg) por 14 a 21 dias ou Anidulafungi na 1,5-3 mg/kg EV (Dose de ataque) seguido de 0,75-1,5 mg/kg/ dia por 14 a 21 dias.	O uso dessas medicações na profilaxia é controverso e não está autorizado.
Endocardite por Candida em válvula nativa	Forte evidência; baixo nível de qualidade	Anidulafungi na 1,5-3 mg/kg EV por dia ou Anfotericina B Lipossomal 3-5 mg/Kg/dia com ou sem flucitosina EV por dia. Descalonamento para fluconazol 6-12 mg/kg/dia recomendado para Candida sp sensível a azólicos e estando o paciente estável hemodinamicamente e hemocultura negativa pós-tratamento antifúngico. É recomendada a intervenção	-	-		Acompanhamento conjunto com Infectologista e Equipe de Cirurgia Cardíaca é recomendado. A substituição cirúrgica da válvula é considerado um componente crítico para a cura. E se o paciente não é um candidato para a cirurgia deverá fazer uso de Fluconazol por prazo indeterminado.

		<p>cirúrgica; o tratamento deveria ser continuada por pelo menos 6 semanas após cirurgia e por tempo prolongado em pacientes com abscessos perivalvulares e outras complicações.</p>				
<p>Endocardite por Candida em válvula protética</p>	<p>Forte evidência; baixo nível de qualidade</p>	<p>Anidulafungi na 1,5-3 mg/kg EV (Dose de ataque) seguido de 0,75-1,5 mg/kg/ dia por 14 a 21 dias. Anfotericina B Lipossomal 3-5 mg/Kg/dia com ou sem flucitosina EV por dia.</p>	-	-	-	<p>Descalonamento para fluconazol 6-12 mg/kg/dia recomendada para Candida sp sensível a É recomendada a a intervenção cirúrgica; o tratamento deveria ser continuada por pelo menos 6 semanas após cirurgia e por tempo prolongado em pacientes com abscessos perivalvulares e outras complicações. Terapia crônica supressiva com fluconazol 400-800 mg (6-12</p>

						mg/kg) por dia é recomendada o para prevenção de recorrência.
--	--	--	--	--	--	---

Protocolo de atendimento da cirurgia pediátrica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de atendimento da cirurgia pediátrica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. OBJETIVO

Sistematizar e padronizar o atendimento da equipe de cirurgia pediátrica.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Definição

O trauma passou a ser considerado a maior causa de óbito em crianças a partir da década de 40, após o advento das Sulfas e da penicilina. No Brasil, as causas externas (acidentes e violências) representam 57% do total da mortalidade na faixa de 0-19 anos. Os principais tipos de trauma que levam a morte são: atropelamento, queda, afogamento, dentre outros; mas a violência assume papel importante na adolescência.

Trata-se de um problema de saúde pública que leva a um incalculável dano socioeconômico. Estima-se que para cada criança que morre por trauma ocorrem entre 20-50 hospitalizações e saldo anual de cerca de 200 mil crianças e adolescentes que adquirem incapacidades físicas para o resto da vida.

O conhecimento das principais causas de morbidade e mortalidade na faixa etária pediátrica é essencial para a elaboração e implantação de políticas públicas de

prevenção de acidentes e violências e para a introdução de estratégias à nível secundário e terciário de saúde.

Atendimento inicial da criança politraumatizada

O atendimento inicial da criança, assim como nos adultos, obedece a sequência “ABCDE” (figura 1), segundo rotina do curso *Advanced trauma Life Support (ATLS)*. As condutas são baseadas no exame físico do paciente e são divididas em exame primário, reanimação e exame secundário, este último apenas realizado após adequada estabilização do paciente.

Sequência ATLS

- **A:** Vias aéreas e imobilização da coluna cervical;
- **B:** Ventilação;
- **C:** circulação e controle de hemorragia;
- **D:** Disfunção neurológica/ estado neurológico;
- **E:** Exposição/ Controle do ambiente.

No entanto, para a melhor condução dos casos é importante ter em mente algumas particularidades e desafios do trauma na infância:

- Maior frequência de lesões multissistêmicas:
 - Maior absorção de energia por unidade de área;
 - Tecido adiposo exíguo;
- Maior chance de hipotermia;
- O esqueleto é mais maleável pela calcificação óssea incompleta, podem coexistir lesão de tecidos moles sem fratura óssea;
- Fígado e baço localizados mais abaixo da cavidade abdominal, são menos protegidos pela cavidade torácica.

Os desafios inerentes de cada etapa da avaliação do ATLS serão citados a seguir.

A: Vias aéreas e imobilização da coluna cervical

Desafios:

- Vias aéreas facilmente obstruídas por corpos estranhos;
- Maiores forças inerciais aplicadas ao pescoço durante o processo de aceleração e desaceleração (tamanho da cabeça proporcionalmente maior);

Primeiras medidas:

- Oxigênio Suplementar com máscara: 12L/min;
- Observar:
 - Perviedade das vias aéreas: Corpos estranhos e sangue na cavidade oral;
 - Ferimentos na região do pescoço e enfisema subcutâneo;
 - Posição da traquéia.
- Manobras básicas de permeabilização das vias aéreas (Figuras 2 e 3);
- Colocação de coxin sob o tronco (lactente ou criança pequena)-figura 4.

Figura 2: Chin lift

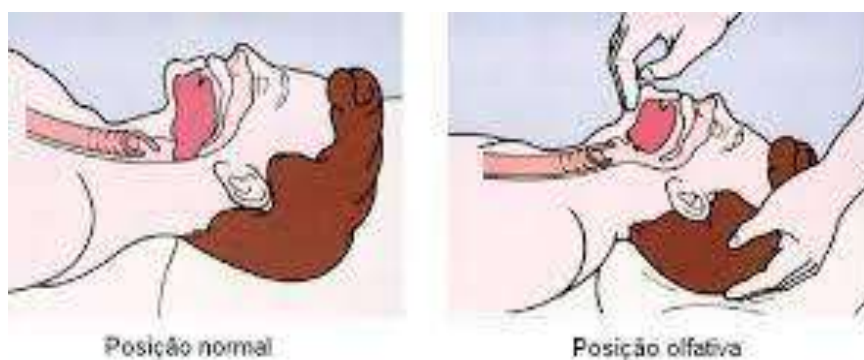


Figura 3: Jaw thrst

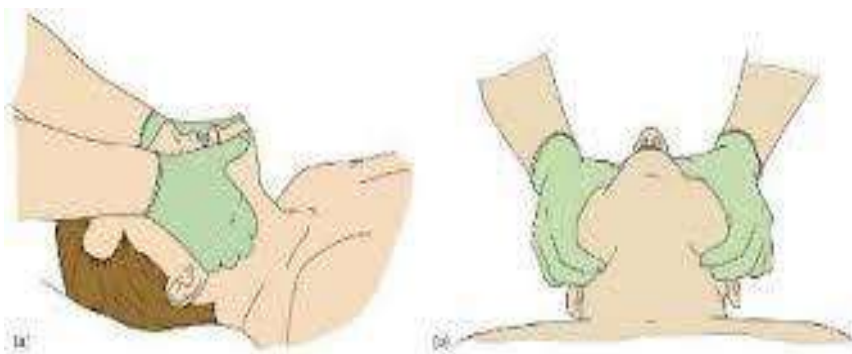


Figura 4: Retificação das vias aéreas

**Dispositivos:**

- Cânula orofaríngea/ máscara laríngea;
- Tubo Orotraqueal/nasotraqueal;
- Cirúrgica: Cricotireoidostomia punção/ cirúrgica (a partir de 8-12 anos) e traqueostomia.

B: Ventilação**Desafios:**

A maior elasticidade e resiliência da parede torácica das crianças fazem com que as fraturas de costelas e esterno sejam menos frequentes do que nos adultos, entretanto, a força é mais facilmente transmitida para os tecidos subjacentes do pulmão (*grandes áreas de contusão pulmonar sem fratura*).

Exame físico:

- Inspeção torácica: Escoriações, fraturas de costela, movimento paradoxal do tórax (tórax instável), ferimento penetrante
- Ausculta: Murmúrio vesicular diminuído ou ausente (pneumotórax, hemotórax e contusões);
- Palpação: crepitação de arcos costais.

Principais patologias e conduta imediata:

- Pneumotórax aberto: presença de ferida soprante no tórax com diâmetro maior que 2/3 da traquéia; curativo de três pontas; Drenagem torácica em selo d'água.
- Pneumotórax hipertensivo: lesão pulmonar com escape de ar para a cavidade pulmonar (pneumotórax simples) que chega a comprimir as estruturas mediastinais, incluindo vasos da base; toracocentese de alívio; drenagem torácica em selo d'água.
- Hemotórax maciço: ocorre como resultado de trauma fechado ou penetrante quando grandes quantidades de sangue se acumulam no espaço pleural e comprimem o pulmão; drenagem torácica em selo d'água; se débito > que 10-15mL/kg: toracotomia.
- Tórax instável e contusão pulmonar: ocorre quando duas ou mais costelas são fraturadas em dois pontos. Quase sempre associada a contusão pulmonar; analgesia/tratamento clínico intensivo.

C: Circulação

Desafios:

ATENÇÃO!!! A criança só apresentará hipotensão quando tiver perdido 45% da volemia. O sinal mais precoce de hipovolemia é a

Exame físico:

- Avaliar sinais de hemorragia ou sangramento ativo, perfusão periférica, pulso, frequência cardíaca, ausculta e presença de estase jugular.

Primeiras medidas:

- Dois acessos calibrosos periféricos ou punção intraóssea;
- Coleta de exames (hb/ht e prova cruzada);
- Reposição volêmica com cristalóides aquecidos a 39°;
- Pesquisar causa de choque.

Principais causas de choque:

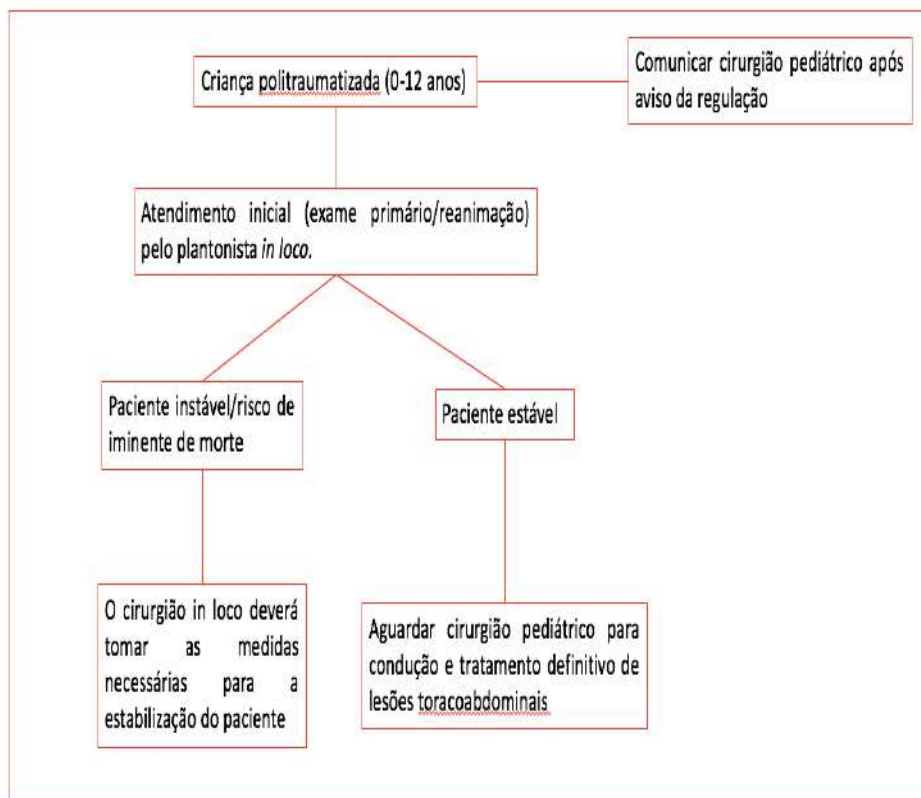
- Sangramento externo;
- Sangramento abdominal;
- Sangramento torácico;
- Fraturas de osso longos;
- Tamponamento cardíaco;
- Pneumotórax hipertensivo;
- Contusão miocárdica;
- Embolia;
- Choque neurogênico;
- Choque séptico.

D: Avaliação neurológica

Desafios:

Dificuldade de avaliação neurológica devido comportamento regressivo na presença de estresse, dor ou percepção a um ambiente hostil.

Fluxograma de atendimento à criança traumatizada



3. SIGLAS

Não aplicável.

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Não aplicável.

5. ANEXOS

Não aplicável.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original</p> <p>xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)</p> <p>xx/xx/xxxx Data</p>
--	--	---

Protocolo atendimento ao paciente suspeito de hepatite aguda grave sem etiologia definida

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Protocolo atendimento ao paciente suspeito de hepatite aguda grave sem etiologia definida	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1.OBJETIVO

Padronizar o atendimento e fornecer subsídios para a averiguação dos casos suspeitos que se relacionam com a hepatite aguda grave sem etiologia definida.

2.DIRETRIZ

2.1. Introdução

A insuficiência hepática aguda (IHA) é uma síndrome onde há uma desordem sistêmica em decorrência da falência da função do fígado em consequência de necrose maciça dos hepatócitos. Ocorre grave disfunção de síntese (alteração da coagulação principalmente) e alteração do metabolismo hepático, com instalação de encefalopatia hepática dentro de oito semanas após a manifestação clínica inicial, quase sempre com icterícia, em um indivíduo sem história prévia de doença hepática.

Pode ser classificada em:

- IH hiperaguda: dentro de 10 dias após o início dos sintomas;
- IH fulminante: 10 a 30 dias;
- IH subaguda: quando aparece ascite com ou sem encefalopatia hepática de 5 a 24 semanas.

A IHA é uma condição que requer tratamento intensivo, com o objetivo de prevenir ou tratar possíveis complicações como encefalopatia hepática, edema cerebral, hipertensão intracraniana, sangramentos, infecções e falência múltipla

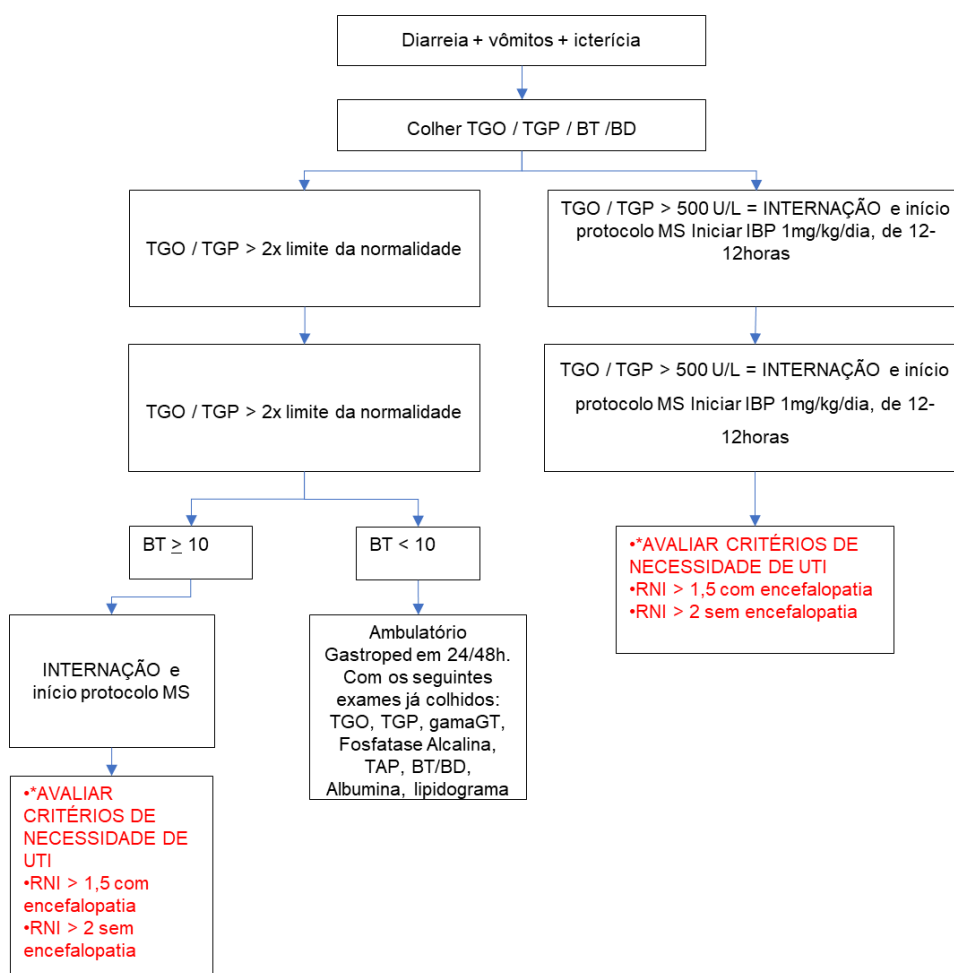
de órgãos, na expectativa de que ocorra a recuperação da função hepática ou o paciente seja submetido a um transplante de fígado.

Em geral, a criança é previamente saudável e tem sintomas inespecíficos, de duração variada, sendo que o início é raramente definido, exceto nos casos de intoxicações

agudas (exemplo: acetaminofeno). As primeiras manifestações surgem quando a função hepática começa a deteriorar. Ocorre redução da capacidade de eliminar drogas, toxinas e bilirrubinas, diminuição na síntese de

Questionar e documentar na história clínica:

1. História familiar de hepatopatia
2. Uso de medicamentos
3. Questionar confusão mental e /ou alteração do ciclo sono-vigília
4. Uso de chás e medicamentos alternativos
5. Colúria e acolia/hipocolia fecal



Nos casos com necessidade de internação

Avaliar sinais de encefalopatia de acordo com a tabela 1

Avaliar sinais de ascite / circulação colateral/

Iniciar o protocolo do MS, ultrassom de abdome com doppler hepático e exames complementares (Quadro 1).

Tabela 1 – Avaliação encefalopatia hepática:

Estágios de Encefalopatia Hepática				
Grau	Sinais Clínicos		Sinais Neurológicos	EEG
	Lactentes Pré escolares	Escolares Adolescentes		
0	Nenhum	Nenhum	Normal	Normal
1	Choro inconsolável, inversão do sono, desatenção, alteração de comportamento.	Confusão, alteração de humor, inversão do sono, esquecimento.	Dificuldade ou impossibilidade de realizar teste, reflexos normais ou aumentados, tremor, apraxia, alteração da caligrafia.	Normal ou ondas lentas, ritmo teta, ondas trifásicas.
2	Choro incontrolável, inversão do sono, desatenção, alteração de comportamento.	Letargia, comportamento inadequado	Dificuldade ou impossibilidade de realizar teste, reflexos normais ou aumentados, disartria, ataxia.	Alentecimento generalizado, ondas trifásicas.
3	Sonolência, estupor, agressividade.	Estupor, resposta a comandos simples.	Dificuldade ou impossibilidade de realizar teste, reflexos aumentados, Reflexo de Babinski presente, rigidez.	Alentecimento generalizado, ondas trifásicas.
4	Coma, resposta a estímulos dolorosos Sim (4a) Não (4b)	Coma, resposta a estímulos dolorosos Sim (4a) Não (4b)	Descerebração ou decorticação, reflexos ausentes.	Ondas delta.

Exames laboratoriais complementares:

- Hemograma completo
- Glicemia sérica,
- Coagulograma
- AST, ALT, GGT, FA (repetir em 24h)
- Bilirrubinas (repetir em 24h)
- Eletroforese de proteínas séricas
- Amilase e lipase
- Gasometria venosa
- Lactato

- Eletrólitos (sódio, potássio, cloro, cálcio, fósforo, magnésio)
- Ureia e creatinina
- Amônia (preferencialmente em sangue arterial)
- Urocultura
- Hemocultura
- Grupo sanguíneo e fator rh

Antibioticoterapia

- Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro (Cefepime) em caso de suspeita de infecção (hemocultura positiva ou secreção traqueal positiva em paciente intubado), hipotermia espontânea, piora do estado de outros órgãos (ex pulmonar, cardiovascular, renal), piora do estado mental ou progressão do edema cerebral, aumento do número de leucócitos, neutrófilos).
- Associar Anfotericina caso o paciente possua mais de 72h de internação hospitalar ou apresente infecção grave não controlada.
- Em menores de 1 ano, iniciar aciclovir empírico, pelo risco de infecção pelo vírus herpes como causa da insuficiência hepática aguda.

Suporte nutricional

Dever ser iniciado precocemente, preferencialmente pela via enteral, pois os pacientes entram rapidamente em estado catabólico.

- Não restringir o aporte proteico, a não ser que tenha hiperamonemia.
- Dar no máximo 1g/kg/dia de proteína no caso de hiperamonemia
- Em caso de contraindicação à via enteral, iniciar nutrição parenteral.
- Respeitar aporte hídrico máximo (incluindo medicamentos e hemoderivados) de 85-95% das necessidades diárias, não administrar oligoelementos.
- Dar lípidos a não ser que o paciente tenha mitocondriopatia ou doença de beta oxidação.

Após avaliação da Gastropediatria, os seguintes exames podem se fazer necessários:

- Pacientes < 2 anos: Solicitar dosagem de alfa 1 antitripsina, alfa feto proteína sérica, ferro sérico, ferritina. Checar teste do pezinho e documentar. Solicitar avaliação oftalmológica: pesquisa de coriorretinite, catarata, mancha vermelho-cereja, embriotoxon posterior.


- Pacientes > 2 anos: Solicitar HIV, auto-anticorpos (anticorpo anti-músculo liso, anti-LKM1, FAN. ANCA), eletroforese de proteínas, ceruloplasmina, cobre sérico, cobre urinário em urina de 24 horas, Coombs direto, reticulócitos, exame toxicológico. Solicitar avaliação oftalmológica com lâmpada de fenda (pesquisa de anel de Kayser-Fleischer).

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Insuficiência Hepática Aguda em Crianças e Adolescentes. N°02, 2018.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Protocolo de anticoagulação nos quadros respiratórios pediátricos-covid 19

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>		
Setor: Pronto Socorro e UTI		Identificação: 000
Assunto: ANTICOAGULAÇÃO NOS QUADROS RESPIRATÓRIOS PEDIÁTRICOS-COVID 19		Versão: 00
		Folha N°: 1/6

1.INTRODUÇÃO

A COVID-19 é comumente associada a hipercoagulabilidade e coagulação intravascular disseminada (CIVD). Essa hipercoagulabilidade manifesta-se como a progressão da doença pulmonar, deterioração da função renal, embolia pulmonar, eventos trombóticos, obstruções frequentes de acessos venosos centrais e acidente vascular cerebral em adultos. Estes eventos trombóticos motivou a recomendações de anticoagulação para pacientes adultos sintomáticos e hospitalizados. Em Pediatria,

guidelines acerca de eventos trombóticos e anticoagulação ainda não estão bem delineadas. No entanto, baseada nas revisões de anticoagulação para pacientes com COVID-19, algumas recomendações começam a ser delineadas. No grupo pediátrico, a alteração mais comum é o aumento do fibrinogênio e D-dímero, têm se comportado como marcadores inflamatórios de fase aguda juntamente com a proteína-C reativa. Outros achados associados são tempo de protrombina (TP) prolongado, plaqueta levemente diminuída, tempo de tromboplastina ativada (TTPA) normal a levemente aumentada e nenhum sinal de microangiopatia. CIVD é observado em adultos e assim como o aumento sequenciado de D-dímero, estão associados a piora da mortalidade. A decisão da anticoagulação do paciente pediátrico deve ser baseada em fatores de risco que devem ser avaliados de forma contínua e diária.

2. OBJETIVO

Evitar a coagulação intravascular disseminada (CIVD) e eventos trombóticos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adolescente e/ou crianças, atendidos no HECAD.

4. RESPONSÁVEIS

Médicos.

5. PROCEDIMENTOS

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Avaliar quadro clínico e exames laboratoriais.	Médico
2	Verificar se o paciente enquadra em algum dos critérios abaixo para anticoagulação na COVID-19 em crianças e adolescentes <ul style="list-style-type: none"> • 1. História prévia de evento trombótico – profilaxia • Progressão da insuficiência respiratória (necessidade de VMI) com elevação de D-dímero – profilaxia • Uso de cateter venoso central com mais 2 fatores de risco (curva de D-dímero alterada a cada 48 horas, adolescente pós puberal, mobilidade comprometida antes da COVID-19, obesidade, grande queimado, politrauma) – profilaxia. • Evento trombótico instalado ou uso de anticoagulantes prévio a COVID-19 	Médico
3	Verificar se apresenta as seguintes alterações laboratoriais que indicam a anticoagulação na COVID-19 em crianças e adolescentes <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma – plaquetas devem estar > 60.000 • TAP – levemente aumentado. (se significativamente aumentado, realizar vitamina K) 	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> • TTPA – normal ou levemente aumentado (se significativamente aumentado, realizar plasma fresco) – • Fibrinogênio – aumentado (se diminuído < 100 realizar crioprecipitado) – • D-dimero – aumentado 	
4	<p>Iniciar manejo farmacológico: Enoxaparina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 1 ano 1,5 mg/kg/dose 1 • 6 anos 1,2 a 1,4 mg/kg/dose • >6 anos 1,0 a 1,3 mg/kg/dos <p>Profilaxia – 1 vez ao dia Tratamento – 12/12 horas</p>	Médico
5	<p>Acompanhar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter contagem plaquetária > 60.000 a 100.000 de acordo com condição clínica do paciente; • A presença de coagulopatia pode impactar a decisão de heparinização. A correção da coagulopatia com plasma fresco ou crioprecipitado pode ser necessária; • •Evitar injeções intramusculares. • Na coleta de gasometria arterial, assegurar que seja aplicada pressão externa no local após o procedimento. • O uso de AAS ou outros agentes antiplaquetários devem ser evitados. • Descontinuar com a normalização do D-dimero e resolução do quadro respiratório ou retirada do cateter central . • Nos casos de tratamento com evento trombótico, solicitar interconsulta com Hematologia. 	Médico

6. SIGLAS

CIVD -coagulação intravascular disseminada

TAP- Tempo de Atividade da Protombina

TTPA- Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Loi M, Branchford B, Kim J, et al. COVID-19 anticoagulation recommendations in children. 2020. Pediatr Blood Care; e28485.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		Gestor(es) do(s) processo(s)
		xx/xx/xxxx Data

Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P)

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO	Identificação: 000
Assunto: SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA (SIM-P)	Versão: 00
	Folha N°: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A COVID-19 tem impacto com maior gravidade em pacientes adultos, sendo que as crianças e adolescentes infectados apresentam, preferencialmente, formas assintomáticas, leves ou moderadas da doença. No entanto, o grupo pediátrico pode desenvolver manifestações clínicas exuberantes e graves. Estas manifestações podem ocorrer na fase inicial da doença, podendo evoluir para duas vertentes diferentes: insuficiência respiratória e/ou CIVD. Porém, em fase pós infecção, mesmo que assintomática, os pacientes podem desenvolver Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Pediatria (SIM-P), traduzido do inglês Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C), com manifestações clínicas e alterações dos exames complementares similares às observadas em crianças e adolescentes com síndrome de Kawasaki, Kawasaki incompleto e/ou síndrome do choque tóxico, sepse, Síndrome de ativação macrófagica e dor abdominal com marcadores inflamatórios elevados. Os pacientes que evoluem com MIS-C podem necessitar internação em unidades de cuidados intensivos e o reconhecimento e tratamento precoces são essenciais para melhor desfecho da condição.

2. OBJETIVO

Padronizar a assistência ao paciente pediátrico com suspeita de SIM-P e instituir medidas terapêuticas precoces para minimizar a morbidade e reduzir a taxa de mortalidade.

3. PÚBLICO-ALVO

Pediatras/Intensivistas pediátricos; Enfermagem.

4. RESPONSÁVEIS

Intensivistas pediátricos assistenciais na UTI do HECAD.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Critérios diagnósticos Os critérios diagnósticos têm sido discutidos pelas várias sociedades científicas, principalmente pela Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), CDC e já com adaptações pela Sociedade Brasileira de Pediatria.</p>	Médico
2	<p>A RCPCH define como critérios diagnósticos: criança com febre persistente, inflamação comprovada por neutrofilia ou elevação de proteína C reativa (PCR) ou linfopenia e evidência de disfunção de um ou mais órgão (choque distributivo, insuficiência cardíaca, renal, respiratória, gastrointestinal ou alterações neurológicas ou critérios completos ou incompletos para Kawasaki); exclusão de outras causas infecciosas (sepse bacteriana, síndrome do choque tóxico por estafilococo e estreptococo, miocardite viral); RT-PCR para SARS-CoV-2 pode ser positivo ou negativo.</p>	Médico
3	<p>O CDC define como pacientes < 21 anos com febre com evidência de doença grave com o comprometimento multissistêmico > 2 órgãos (cardíaco, renal, respiratória, hematológico, gastrointestinal, dermatológico, neurológico) E nenhum outro diagnóstico plausível E comprovação de exposição ao SARS-CoV2 que pode ser pelo RT-PCR, sorologia ou exposição a caso confirmado na últimas 4 semanas que antecederam a doença.</p>	Médico
4	<p>A SBP define como critério diagnóstico os mesmos da RCPCH, acrescentando como marcadores laboratoriais de atividade inflamatória: velocidade de hemossedimentação (VHS), D-dímero, ferritina, desidrogenase láctica (DHL), IL-6, procalcitonina.</p>	Médico
5	<p>Diagnóstico diferencial O diagnóstico diferencial da SIM-P inclui: - Sepse bacteriana: febre, choque e elevação dos marcadores inflamatórios; - Síndrome de Kawasaki: a SIM-P geralmente afeta crianças mais velhas e adolescentes. As manifestações gastrointestinais, disfunção miocárdica e choque são raramente observadas nos quadros de síndrome de Kawasaki; - Síndrome da pele escaldada: mais comum em crianças menores de 5 anos; - Síndrome do choque tóxico estafilocócico e estreptocócico: testes microbiológicos podem ser necessários para fazer o diagnóstico diferencial; - Síndrome de ativação macrofágica: quando grave, envolve múltiplos órgãos, causa citopenias, alterações da função hepática, manifestações neurológicas e elevação dos níveis de ferritina acima de 500 ng/mL, geralmente ocorre associada a doença autoimunes e neoplasias.</p>	Médico
6	<p>Exames complementares Hemograma PCR Ferritina VHS Eletrólitos TGO/TGP Ureia/Creatinina</p>	Médico

	<p>DHL Proteína total e frações Enzimas cardíacas: CPK, CKMB ou troponina D-dímero Hemocultura EAS e Urocultura Coprocultura Cultura de ORF (para excluir estreptococo) -> não disponível na nossa Unidade Pró-BNP e IL6 Liquor (bacterioscopia, rotina e cultura) para cas com sintomas neurológicos RT-PCR para SARS-CoV2 Sorologia para SARS-CoV2 (caso PCR seja negativo) -> não disponível na nossa Unidade Painel viral – vírus respiratórios pediatria ECG Ecocardiograma</p>	
7	<p>Abordagem terapêutica</p> <p>Terapia inespecífica Uso apropriado de equipamento de proteção individual (EPI) para toda equipe que irá atender o paciente com SIM-P.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reanimação e tratamento de suporte padrão (PALS). • Antibioticoterapia empírica de acordo com os protocolos de sepse, após coleta de hemoculturas. • Estar alerta para a possibilidade de rápida deterioração e agravamento da inflamação: observar elevação ou persistência da febre, deterioração cardiorrespiratória, piora dos sintomas gastrointestinais, hepatoesplenomegalia ou linfadenopatia, disseminação do exantema cutâneo, agravamento dos sintomas neurológicos. Além disto, atentar-se para alterações laboratoriais com aumento de marcadores da inflamação, hemograma com citopenias (anemia, leucopenia, plaquetopenia), ferritina elevada, VHS inesperadamente baixo ou em queda (sugerindo síndrome da tempestade decitocina), fibrinogênio em ascensão (indicando atividade inflamatória) ou em quedaabrupta (iniciando coagulopatia de consumo), TGO, TGP ou DHL em ascensão, triglicérides crescentes, Ddímeros crescentes e hiponatremia com piora da função renal. • Monitoração cardiorrespiratória precoce, incluindo aferição contínua de saturação de O2 contínua, pressão arterial e realização de ECG. • Medidas de suporte como drogas vasoativas, ventilação mecânica e hemodiálise devem ser precoces com indicações de acordo com os protocolos vigentes para disfunção de múltiplos órgãos. • Monitoração rigorosa dos casos com envolvimento miocárdico (troponina e/ou pro-BNP elevadas; ECG com alterações cardíacas e/ou anormalidades no ecocardiograma). • Ecocardiograma e ECG devem ser repetidos a cada 2 a 3 dias, até que a criança se recupere. Exames normais não excluem comprometimento cardíaco ao longo da evolução da doença. • Controle a cada 48 horas (HMG, PCR, VHS, ferritina, BNP, D-dímero, fibrinogênio, TAP, TTPA, troponina ou outro exame alterado no início do quadro) para acompanhar a evolução. <p>Terapia Específica 1. Gamaglobulina intravenosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dose: 2 grama por kg, em dose única • Correr em Infusão contínua por 12 horas. • Repetir em casos refratários a primeira dose. 	Médico

	<p>1. Ácido acetil salicílico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 a 5 mg/kg/dia por 6 a 8 semanas, iniciando quando não tiver sangramento e plaqueta acima de 60.000. Nos casos que utilizar heparina, iniciar quando suspender a heparina, 3 dias antes da suspensão. • A dose de ataque está reservada somente paciente com disfunção cardíaca grave ou plaquetose > 450.000 • Evitar se paciente com plaquetas < 80.000 	
8	<p>1. Metilprednisolona: Com comprometimento cardíaco (derrame pericárdico, disfunção miocárdica) e/ou choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose de ataque 30 mg/kg em 3 dias (10 mg/kg/dia por 3 dias) - Seguido de manutenção de 2 mg/kg/dia por no mínimo 5 dias ou até a criança ficar afebril por 24 horas. - Fazer desmame: Converter para Prednisolona 2mg/kg/dia (5dias) - > prednisolona 1mg/kg/dia (5dias) e prednisolona 0,5mg/kg/dia (5 dias) <p>Sem comprometimento cardíaco e sem choque ou instabilidade hemodinâmica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose de ataque 10 mg/kg, seguido de manutenção de 2 mg/kg/dia por no mínimo 5 dias ou até a criança ficar afebril por 24 horas. - Fazer desmame: Converter para Prednisolona 2mg/kg/dia (5dias) - > prednisolona 1mg/kg/dia (5dias) e prednisolona 0,5mg/kg/dia (5 dias) 	Médico
9	<p>2. Enoxaparina: Dose: 1 mg/kg/dose 24/24 h, para os casos com comprometimento cardíaco e/ou choque e/ou d-dímero > 1500.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter em dose de tratamento, 1 mg/kg/dose 12/12 h, se ocorrer eventos tromboembólico. - Para iniciar enoxeparina, não pode haver sangramento ativo ou plaquetas < 60.000. Manter enoxeparina enquanto estiver com cateter venoso central d-dímero > 1500. Iniciar AAS 2 dias antes de suspender a heparina. 	Médico
10	<p>3. Tocilizumab Após o uso de imunoglobulina e metilprednisolona na dose 30 mg/kg, persistirem os sintomas graves com manutenção de inflamação (IL6-3 vezes acima do valor normal, ferritina, DHL o D-dimero mantendo-se elevados). Dose: <30kg = 12mg/kg ≥30Kg: 8mg/kg (max 800 mg)</p>	Médico
11	<p>4. Milrinona ou dobutamina estão indicados em pacientes com sinais de baixo débito sistêmico ou insuficiência cardíaca e com disfunção ventricular, desde que a pressão arterial sistêmica ainda esteja adequada.</p>	Médico
12	<p>5. Epinefrina em infusão contínua deve ser o medicamento de escolha em casos de disfunção do ventrículo esquerdo e hipotensão arterial sistêmica.</p>	Médico
13	<p>Crítérios de Alta</p> <ul style="list-style-type: none"> • 48 horas sem febre • Saturando ≥ 95% em ar ambiente • Boa tolerância da dieta oral • Hemodinamicamente estável • Marcadores inflamatórios em queda Na alta assegurar seguimento ambulatorial com Carpediatria ou Pediatria nos primeiros 7 a 14 dias. Manter seguimento até, pelo menos, 6 semanas após a alta. 	Médico
14	<p>Notificação Devido ao aumento do número de casos, a partir do dia sete de agosto de 2020 o Ministério da Saúde (MS) tornou obrigatória a notificação dos casos de SIM-P por meio do preenchimento da notificação diretamente no formulário online https://is.gd/simpcovid, em até 24 horas.</p>	Médico

15	<p>Declaração de Óbito por SIM-P O médico deve descrever claramente a sequência de diagnósticos no Bloco V da declaração de óbito (DO), com letra legível e sem utilização de siglas. O espaço CID não deve ser preenchido já que esse processo é destinado aos codificadores dos serviços de estatística dos municípios. As causas da morte na Parte I do Bloco V devem seguir sequência lógica de acontecimentos, de baixo para cima, da causa básica à terminal, com apenas um diagnóstico por linha. A Parte II é destinada a comorbidades ou outras condições que contribuíram para a morte, porém não entram na cadeia de acontecimentos da Parte I.</p>	Médico
16	<p>Codificação da causa de morte Após o preenchimento da DO, é realizada a codificação da causa básica do óbito, baseada na CID-10, pelos codificadores que trabalham nas secretarias municipais e estaduais de saúde. A Organização Mundial de Saúde ainda não estabeleceu um código da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para servir de marcador da SIM-P. Portanto, o Ministério da Saúde recomenda a utilização temporária dos seguintes códigos:</p>	Médico
17	<p>Considerando que a informação sobre o óbito confirmado ou suspeito por COVID-19 é uma prioridade na emergência de saúde pública de importância nacional (ESPIN), o Ministério da Saúde solicita que a DO seja digitada em até 48 horas após a data de ocorrência do óbito e que o envio dos lotes ocorra semanalmente.</p>	Médico
18	<p>Apêndice</p> <p>Critérios para Kawasaki: Febre persistente por pelo menos 5 dias, associada a 4 dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteração de lábios e cavidade oral - Eritema e fissuras labiais e/ou hiperemia difusa de mucosa orofaríngea e/ou “língua em framboesa ou morango” 2. Hiperemia conjuntival - Bilateral, bulbar, sem exsudato 3. Alteração de extremidades - Edema de dorso de mãos e pés e/ou eritema palmar ou plantar na fase aguda e/ou descamação periungueal ou da área perineal na fase subaguda 4. Exantema polimorfo 5. Linfadenopatia cervical $\geq 1,5\text{cm}$, geralmente unilateral <p>No entanto, 20% a 30% dos pacientes não preenchem os critérios diagnósticos, sendo denominados de “formas incompletas ou atípicas” de doença de Kawasaki.</p>	Médico
19	<p>Há exames sugestivos que também auxiliam no diagnóstico destes casos, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VHS $>40\text{mm}/1^{\text{a}}$ hora - PCR $> 3\text{mg/dL}$ - plaquetas $> 450.000/\text{mm}^3$ (após 7 dias de doença); - anemia; - leucocitose $> 15.000/\text{mm}^3$; - TGP $> 50\text{U/L}$ - albumina $< 3\text{g/dL}$; - piúria estéril; - hiponatremia; - Dimensões coronarianas por meio do Z-escore $> 2,5$ ao ecocardiograma. 	Médico

6. SIGLAS

DO – Declaração de Óbito

EPI – Equipamento de Proteção Individual

PCR – Parada Cardiorrespiratória
 UTI – Unidade de Terapia Intensiva

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA, 2020. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

Mahase E. Covid-19: concerns grow over inflammatory syndrome emerging in children. BMJ 2020;369:m1710

Palmeira PP, Barbuto JA, Silva CA, Carneiro-Sampaio M. Why is SARS-CoV-2 infection milder among children? Clinics (Sao Paulo) 2020, in press. 05. Mahase E. Covid-19: concerns grow over inflammatory syndrome emerging in children. BMJ 2020;369:m1710

Royal College of Paediatrics and Child Health, UK, 2020. Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19.


Silva CA, Queiroz LB, Fonseca CB, Silva LE, Lourenço B, Marques HH. Spotlight for healthy and preexisting chronic diseases adolescents during COVID-19 pandemic. Clinics (Sao Paulo) 2020, in press.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/ xxxx Data

Critérios de Admissão e Alta da UTI

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Emergência/UTI	Identificação: 000
Assunto: Critérios de Admissão e Alta da UTI	Versão: 00
	Folha Nº: 1/97

1. OBJETIVO

Eleger com segurança os pacientes com chances de se beneficiarem da internação da Unidade de Terapia Intensiva, reservando-a para aqueles com condições clínicas reversíveis, susceptíveis de se beneficiarem dos cuidados intensivos e que tenha perspectiva de recuperação.

Racionalizar a conduta para admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, especialmente quando os leitos são escassos.

Destinar leitos de UTI para o atendimento de pacientes graves ou de risco potencialmente recuperáveis. Devido ao alto custo, insuficiência de oferta e a alta demanda, sua solicitação deverá ser criteriosa no momento da indicação, com grupos etários específicos:

- Neonatal: pacientes de 0 a 28 dias de vida;
- Pediátrico: pacientes de 29 dias de vida a 14 anos, 11 meses e 29 dias;
- Adulto: pacientes maiores de 15 anos.

2 DIRETRIZ**2.1 Introdução**

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é uma área crítica destinada a internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais e equipamentos específicos e tecnologias necessários ao diagnóstico, monitorização e terapia.

2.2. Critérios para internação em UTI pediátrica

Alguns critérios devem ser levados em consideração ao indicar um leito de UTI, especialmente devido ao número reduzido de leitos disponíveis e a demanda, conforme a área de abrangência de atendimento.

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.156/2016

Art. 1º As admissões em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser baseadas em:

- I) diagnóstico e necessidade do paciente;
- II) serviços médicos disponíveis na instituição;
- III) priorização de acordo com a condição do paciente;
- IV) disponibilidade de leitos;
- V) potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

Art. 2º A admissão e a alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) são de atribuição e competência do médico Intensivista, levando em consideração a indicação médica.

Art. 3º As solicitações de vagas para unidade de tratamento intensivo (UTI) deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante.

Art. 4º A admissão e a alta do paciente da unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser comunicadas à família e/ou responsável legal.

Art. 5º São considerados critérios de admissão em unidade de tratamento intensivo (UTI) instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração intensiva.

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

- Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
- Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

– Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

–Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico Intensivista.

2.3. Critérios clínicos para admissão na UTI pediátrica:

- Choque;
- Coma;
- Desnutrição grave com descompensação metabólica;
- Diálise peritoneal;
- Insuficiência cardíaca;
- Insuficiência de múltiplos órgão;
- Insuficiência renal aguda;
- Intoxicação exógena;
- Ventilação mecânica;
- Patologias neurológicas que comprometem a respiração;
- Politrauma;
- Pós-operatório de grandes cirurgias;
- Sepses grave;
- Traumatismo craniano;
- Grande queimado;
- Distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos graves;
- Cetoacidose diabética de difícil condução e/ou coma cetogênico;
- Glasgow <8 ou queda >2;
- Eletrocardiograma – arritmias com instabilidade.

2.4. Políticas de admissão:

- Origem:
- A UTI pediátrica atende, prioritariamente, pacientes oriundos da Enfermaria Pediátrica, do Pronto Socorro Pediátrico e do centro cirúrgico do HECAD.
- A admissão de pacientes externos é realizada via NIR sob a avaliação do plantonista da Unidade. A AIH é enviada via e-mail e comunicado ao médico plantonista, que responderá o e-mail direcionando o leito, em caso de aceite.
- Recomendações ante a solicitação de vagas para pacientes internos:
- Até que o paciente seja admitido na UTI, a assistência é de responsabilidade do médico assistente, com orientações do médico Intensivista, tendo em vista que o paciente deve receber tratamento emergencial no setor onde estiver.
- É recomendável que o médico Intensivista, independente de haver vaga, discuta com o médico solicitante, quanto a indicação ou não de admissão na UTI.
- Caso exista mais de um paciente com indicação de admissão na UTI e somente uma vaga, a decisão de qual paciente será internado, deverá ser realizada em conjunta com os médicos solicitantes.

Priorização de paciente para admissão:

- *Considerar a classificação de risco/prioridade;*
- *O paciente considerado prioridade I deve ter prioridade em relação ao de prioridade II e este sobre o de prioridade III e assim sucessivamente;*
- *Indicadores a serem utilizados Patologias; Sinais vitais; Exame físico; Exames complementares.*

- Admissão de pacientes clínicos
- Assim que a decisão de admissão for tomada, a transferência deve ocorrer no menor tempo possível, logo após a confirmação do leito preparado.
- A confirmação do leito pronto será comunicada pela enfermeira da UTI, por contato telefônico, à enfermeira solicitante, que comunicará com o médico assistente.

- O paciente deverá ser acompanhado pelo médico assistente até a UTI, onde junto com a equipe, fará a apresentação do paciente, da assistência dada e das condições de transporte.
- No momento da admissão deverão ser fornecidos relatórios do caso, cópia da prescrição e dos exames complementares já realizados.
- No caso de pacientes externos, deverá ser fornecido a Autorização para internação Hospital (AIH) devidamente carimbada e preenchida pelo médico solicitante. Posteriormente, essa AIH deve ser encaminhada ao NIR.

- **Admissão de pacientes cirúrgicos**

- Alguns pacientes cirúrgicos podem se beneficiar de admissão pré-operatória na UTI, que será discutida, caso a caso, com a coordenação e/ou médico horizontal do setor.
- Para admissão eletiva, para pós-operatório, o cirurgião deverá agendar vaga na UTI com antecedência mínima de 72h, informando dados do paciente (nome, idade e peso), tipo de cirurgia e data programada.
- Antes do início da cirurgia, o profissional indicado pelo centro cirúrgico deverá entrar em contato com a enfermaria da UTI para confirmar a disponibilidade de leito.
- Antes do encerramento da cirurgia, o profissional indicado pelo centro cirúrgico deverá entrar em contato com a enfermeira da UTI para confirmar o preparo do leito, informar o tempo estimado para o término e a condição clínica do paciente.
- O paciente deverá sempre ser acompanhado pelo anestesista e/ou cirurgião responsável até a UTI, onde junto com a equipe, farão uma revisão do perioperatório e das condições de transporte, fornecendo boletim anestésico e cirúrgico.

2.5. Critérios de alta para enfermaria:

- Os parâmetros hemodinâmicos e clínicos devem estar estáveis e/ou controlados.

- O paciente não deve mais requerer drogas inotrópicas, vasodilatadoras ou antiarrítmicas por via intravenosa em infusão contínua período maior que 48h.
- A condição respiratória deve estar estável, com vias aéreas pérvias.
- A necessidade de oxigenioterapia deve ser menor do que a do critério de admissão.
- Os distúrbios hidroeletrólíticos, acidobásicos e metabólicos devem estar controlados e estáveis.
- O suporte nutricional, deve estar adequado para suprir as necessidades de recuperação do paciente.
- Deve existir estabilidade neurológica e controle das convulsões agudas.
- Os mantidos cronicamente em ventilação mecânica devem ter a condição crítica resolvida para poderem voltar aos cuidados domiciliares.
- Pacientes com Traqueostomia: alta para enfermaria apenas quando o cuidador estiver apto a aspirar e identificar fator de risco com condições clínicas de cuidados domiciliares.

2.6. Critérios de alta domiciliar

- Paciente em ar ambiente > 48 horas
- Paciente com via gástrica estabelecida
- Paciente com necessidades assistenciais revisadas pela assistente social, família bem orientada e


acompanhada pela psicologia, em remissão da causa que promoveu a internação

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Não Aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/ xxxx Data

Síndrome respiratória aguda grave na pediatria com ênfase no COVID-19

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: UTI/ PRONTO SOCORRO	Identificação: 000
Assunto: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE NA PEDIATRIA COM ÊNFASE NO COVID-19	Versão: 00
	Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o pico sazonal de outras doenças respiratórias virais (VSR, influenza, parainfluenza, adenovírus, metapneumovirus, rinovírus, bocavírus) em crianças (sobretudo aquelas menores de 10 anos) ocorre entre março e julho, entre esses agentes, em especial, o VSR e influenza que são os principais causadores de SRAG na infância.

O período médio de incubação da infecção por SARS-CoV-2 é estimado em 5 a 6 dias, com intervalo que pode variar de 0 a 14 dias.

A infecção pelo SARS-CoV-2 deflagra as respostas de imunidade inata e da adaptativa no hospedeiro. Ainda não está definido o real papel da resposta inflamatória do organismo, além da patogenicidade do vírus, na lesão pulmonar. O surgimento de citocinas inflamatórias pode contribuir para a sepse viral com choque e falência de múltiplos órgãos.

Os estudos até agora levantam algumas hipóteses para explicar a situação peculiar das crianças ser menos afetadas que os adultos tais como:

- Os sistemas de imunidade celular e humoral das crianças são menos desenvolvidos, sem capacidade de resposta inflamatória exacerbada
- Os receptores ACE2 são imaturos, dificultando a invasão celular pelo vírus
- Uso de vacinação BCG e talvez infecções prévias pelo vírus sincicial respiratório.

Mais estudos ainda são necessários para explicar por que as crianças são menos susceptíveis à agressividade do coronavírus.

A OMS determinou que os códigos U 07.1 e U 07.2, reservado para casos

emergenciais, devem ser utilizados para COVID-19. Na falta do CID U 07.1 na base de registro, a Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE/DASNT/SVS/MS), gestora do SIM em nível nacional, informa que o código B34.2 (Infecção por coronavírus de localização não especificada) da CID-10 deve ser utilizado para a notificação de todos os óbitos por COVID-19. Para os óbitos ocorridos por doença respiratória aguda devido à COVID-19, deve ser utilizado também, como marcador, o código U04.9 (Síndrome Respiratória Aguda Grave – SARS) e CID B 34.2 – infecção por coronavírus de localização não especificada – pode ser utilizado.

2. OBJETIVO

Apresentar as recomendações para assistência ao paciente pediátrico no enfrentamento da Covid-19; Definir os casos elegíveis para indicação de IOT em pacientes pediátricos confirmados ou suspeitos de Covid-19; Estabelecer o reconhecimento e a condução do atendimento da PCR em pacientes pediátricos confirmados ou suspeitos de Covid-19; Apresentar as recomendações publicadas até o momento no que diz respeito ao manejo clínico em crianças e adolescentes com a Covid-19 e otimizar os recursos disponíveis.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos com SRAG.

4. RESPONSÁVEIS

Intensivistas pediátricos assistenciais na UTI do HECAD.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p><u>Novas variantes de Sars-Cov2</u></p> <p>No momento, três variantes apresentam relevância clínica epidemiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - VOC 202012/01, identificada inicialmente no Reino Unido, em Dezembro/2020 e, atualmente, em 62 países. Transmissibilidade de 40% - 501Y.V2, identificada inicialmente na África do Sul, em Dezembro/2020 e, atualmente, em 30 países. - P.1 linhagem B.1.1.28 ou B.1.1.28.1, identificada inicialmente no Japão, em Janeiro/2021, em pessoas provenientes de Manaus e que já foi identificada em mais 05 países. Essa nova variante foi identificada em 91% das amostras analisadas em janeiro 2021 na região Norte do País. 	Médico

2	<p>Definição de caso suspeito</p> <p>O <u>paciente com COVID-19</u>, de modo geral, apresenta os seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - febre > 37,8% - Fadiga - Sintomas respiratórios; sintomas gastrointestinais - Mialgia 	Médico
3	<p>Caso de síndrome gripal (SG)</p> <p>Quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois (2) dos seguintessinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. - Particularmente <u>em crianças</u>: além dos itens anteriores considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico - Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomasgastrointestinais (diarreia) podem estar presente 	Médico
4	<p>Caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)</p> <p>Caso de Síndrome Gripal que apresente: dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada dos lábios ou rosto (cianose).</p> <p>Em crianças: além dos itens anteriores, observar os batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.</p>	Médico
5	<p>Caso De SR ou SRAG não especificada</p> <p>Caso de SG ou de SRAG para o qual não houve identificação de nenhum outro agente etiológico OU que não foi possível coletar/processar amostra clínica para diagnóstico laboratorial, OU que não foi possível confirmar por critério clínico-epidemiológico, clínico imagem ou clínico.</p>	Médico
6	<p>Caso de SG ou SRAG com teste de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biologia molecular: resultado DETECTÁVEL para SARS-CoV-2 realizado pelo método RT-PCR. - Imunológico: resultado REAGENTE para IgM, IgA e/ou IgG realizado pelos seguintes métodos: Ensaio imunoenzimático (ELISA); Imunocromatografia (teste rápido) para detecção de anticorpos; Imunoensaio por Eletroquimioluminescência (ECLIA). - Pesquisa de Antígeno: resultado REAGENTE para SARS-CoV-2 pelo método de Imunocromatografia para detecção de antígeno. 	Médico
7	<p>Caso de SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com caso confirmado para COVID-19 (critério clínico epidemiológico).</p>	Médico
8	<p>Caso de SG ou SRAG ou óbito por SRAG que não foi possível</p>	Médico

	<p>confirmar por critério laboratorial e que apresente pelo menos uma das seguintes alterações tomográficas (critério clínico-imagem):</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>OPACIDADE EM VIDRO FOSCO</u> periférico, bilateral, com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU - <u>OPACIDADE EM VIDRO FOSCO</u> multifocal de morfologia arredondada com ou sem consolidação ou linhas intralobulares visíveis ("pavimentação"), OU - <u>SINAL DE HALO REVERSO</u> ou outros achados de pneumonia em organização (observados posteriormente na doença). 	
9	Quando houver indicação de tomografia, o protocolo é de uma Tomografia Computadorizada de Alta Resolução (TCAR), se possível com protocolo de baixa dose de irradiação.	Médico
10	<p>Diagnóstico laboratorial da Covid-19</p> <p>O método de escolha para a confirmação da infecção por SARS-CoV-2 é a reação em cadeia da polimerase (PCR) em amostra de nasofaringe. A melhor sensibilidade deste exame é entre o 3º e 6º dia do início dos sintomas, quando a carga viral em vias aéreas está em seu pico.</p> <p>A figura 1 orienta a investigação etiológica de acordo com o tempo de sintomas e tipo de exame a ser realizado, na suspeita de infecção por SARS-CoV-2.</p> <p>Os métodos sorológicos, para detecção de anticorpos IgM e IgG, tem função no diagnóstico tardio da infecção pelo COVID-19, quando a carga viral em secreções de vias aéreas está em redução.</p> <p>A sensibilidade dos testes sorológicos é menor que 40% quando coletada nos sete primeiros dias do início dos sintomas, e varia de 79,8% a 88,9% para detecção de IgG quando coletadas após 15 dias do início dos sintomas.</p>	Médico
11	<p>Quadro clínico Covid-19</p> <ul style="list-style-type: none"> - Febre, tosse, fadiga, escarro, dispneia, mialgia, tontura, cefaleia, dor de garganta, rinorreia, diarreia, náuseas, anosmia. - Distúrbios abdominais, dor torácica, sintomas oculares, hemoptise. - Outras manifestações clínicas extrapulmonares podem estar associadas à infecção por SARS-COV 2. Estas manifestações podem incluir: <ul style="list-style-type: none"> - Tromboembolismo; - alterações cardíacas (arritmias cardíacas e isquemia miocárdica); disfunção de ventrículos, insuficiência mitral. - Alterações renais (hematúria, proteinúria e insuficiência renal); - Alterações gastrointestinais (diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia); - Alterações neurológicas – 11% (cefaleia, tontura, encefalopatia, acidente vascular encefálico, delírio, piora cognitiva, quedas); Casos Raros: HIC, paralisia nervo craniano, Síndrome de Guillan Barré. - Alterações hepáticas (aumento de transaminases e bilirrubinas); relatos de pancreatites - Alterações endócrinas (hiperglicemia e cetoacidose diabética); 	Médico

	<p>- Alterações dermatológicas – 5,7% (rash eritematoso, urticária, vesículas, petéquias, livedo reticular)</p> <p>- Alterações olfativas (anosmia ou parosmia) e gustativas (ageusia) podem acontecer em 52% e 44% dos pacientes, havendo melhora em 4 semanas em 89%</p> <p>- Alterações hematológicas: trombose venosa ou arterial, AVC, isquemia cardíaca, embolia pulmonar.</p>	
12	<p>Classificação clínica</p> <p>☐ Assintomáticos: Ausência de sinais e sintomas clínicos. RX de tórax dentro da normalidade.</p> <p>☐ Leves: Pacientes com acometimento de via aérea alta não complicado, mantendo SatO2 \geq 94% e apresentando quaisquer dos sintomas inespecíficos, como: febre, fadiga, mialgia, tosse, anorexia, odinofagia, obstrução nasal e cefaleia. <i>Não há sinais de desidratação sepsé ou dificuldade ventilatória.</i></p> <p>☐ Moderados: Sintomas sistêmicos e/ou respiratórios acima, mais intensos, com diagnóstico presumido de pneumonia não complicada, incluindo taquipneia, crepitações ou roncos, mas mantendo SatO2 \geq 94% (sem sinais de hipoxemia!!!) <i>Pode ou não haver febre. Alguns casos podem ser assintomáticos, porém TC de tórax revela lesões pulmonares subclínicas.</i></p> <p>☐ Graves: Pacientes apresentando cianose central ou SatO2 $<$ 94% (com hipoxemia), sinais de esforço respiratório e/ou sinais de comprometimento sistêmico (sinais de desidratação, sucção débil ou impossibilidade de ingerir líquidos, crises convulsivas); pneumonia grave, extensa ($>$ 25% do tórax) ou complicada, sonolência</p> <p>☐ Críticos: Casos graves que evoluem para falência respiratória à despeito do suporte O2, choque com ou sem hipotensão, sinais de encefalopatia e/ou alteração do sensório, lesão miocárdica e/ou insuficiência cardíaca, distúrbios da coagulação e/ou lesão renal aguda, pois as disfunções dos órgãos representam risco de morte.</p>	Médico
13	<p>Critérios de internação na UTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oximetria \leq 93% mesmo com cateter nasal de O2 em fluxo de 3 L/min • Necessidade de suporte ventilatório (VNI, VMI) • Dispneia (tiragem intercostal e/ou uso de musculatura respiratória acessória) • Irritabilidade ou sonolência • Convulsões • Disfunção orgânica (insuficiência cardíaca, hepática, renal, convulsões, alteração do nível de consciência) • Atenção!!! Em crianças menores a alteração do nível de consciência pode manifestar-se por irritabilidade ou sonolência, ou alternância dos dois. 	Médico
14	<p><u>COMORBIDADES RELACIONADAS AO PIOR PROGNÓSTICO EM PEDIATRIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Idade $<$ ou = 2 anos 	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença pulmonar crônica, asma ▪ Cardiopatia ▪ Diabetes ▪ Insuficiência renal ▪ Imunossupressão 	
15	<p>Risco de infecção grave Crianças com histórico de contato com casos graves de infecção por 2019-nCoV, ou com condições subjacentes (como cardiopatia congênita, hipoplasia pulmonar brônquica, anomalia do trato respiratório, com anemia ou desnutrição grave), ou com deficiência imunológica ou uso prolongado de imunossupressores E com qualquer um dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dispneia – Febre alta persistente por 3-5 dias; – Coma, letargia e outras mudanças de consciência; – Índices enzimáticos aumentados, como enzimas cardíacas, enzimas hepáticas, lactato desidrogenase; – Acidose metabólica inexplicável; – Achados de imagem do tórax indicando infiltrado bilateral ou multilobar, derrame pleural – Menos de 3 meses; – Complicações extrapulmonares; – Coinfecção com outros vírus e / ou bactérias. 	Médico
16	<p>Tratamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suporte geral <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia conservadora de administração de fluidos: em pacientes com estabilidade hemodinâmica e sem sinais de choque está indicada restrição hídrica, com administração inicial de 50% do volume de manutenção calculado pela regra de Holliday-Segar, fazendo-se ajustes de acordo com o balanço hídrico diário e as condições hemodinâmicas do paciente ▪ Drogas vasoativas <ul style="list-style-type: none"> • Em caso de choque, preferir adrenalina ($\leq 0,3$ mcg/kg/min) isoladamente. Se necessário, associar baixas dose de noradrenalina ($\leq 0,3$ mcg/kg/min). • Em caso de Hipertensão Pulmonar preferir Milrinone (0,5 a 1 mcg/kg/min) com Noradrenalina. • Sildenafil para otimizar tratamento de HP (2 a 4 mg/kg/dia) ▪ Tratamento farmacológico <ul style="list-style-type: none"> – Oseltamivir – sempre (suspender após resultado do painel viral) – Oseltamivir + Clavulin intravenoso – suspeita de infecção bacteriana associada – Oseltamivir + Ceftriaxone + Oxacilina ou Clindamicina – sepse ou pneumonia grave – Considerar claritromicina, sobretudo em maiores de 5 anos e portadores de doenças crônica/imunossuprimidos, com suspeita de bactéria atípica. 	Médico
17	<ol style="list-style-type: none"> 1) Plasma convalescente: não é recomendado. 2) <u>Dexametasona</u>: É recomendado para o tratamento de COVID-19 em pacientes que requerem oxigênio suplementar ou aqueles que são ventilados mecanicamente. Usar nas crianças com sintomas entre 7 – 10 dias. O corticoide pode reduzir o processo inflamatório 	Médico

	<p>por inibir a transcrição de algumas citocinas.</p> <p>3) <u>Tocilizumab</u>: Tocilizumab é um anticorpo monoclonal contra o receptor IL-6. Não há dados suficientes para recomendar a favor ou contra o uso de inibidores da IL-6 em pacientes com COVID-19.</p> <p>Um estudo multicêntrico prospectivo aberto da Itália descobriu que o uso de tocilizumabe em adultos hospitalizados com COVID-19 grave foi associado a uma redução nas concentrações de ferritina, proteína C reativa e dímero-D. Além disso, foi observada uma maior probabilidade de sobrevivência quando tocilizumab foi administrado nos 6 dias de hospitalização.</p> <p>4) <u>Interferon</u>: ação in vitro do alfa e beta (Realizado inalatório)</p> <p>5) <u>Anakira</u>: antagonista do receptor de IL-1 (2 – 4 mg/kg) → não existe no Brasil</p> <p>6) <u>Remestemcel-L</u>: agente de ação promissora</p> <p><u>Imunoglobulina intravenosa (IV)</u> não específica para SARS-CoV-2 não é recomendado para o tratamento de COVID-19. No entanto, tem sido usado para o tratamento de MIS-C relacionado ao COVID-19, especialmente em pacientes com doença de Kawasaki. Não há dados clínicos disponíveis sobre o uso da imunoglobulina SARS-CoV-2 específica para o tratamento de COVID-19.</p> <p><u>Enoxeparina</u>: A profilaxia para tromboembolismo venoso deve ser prescrita para pacientes pediátricos com COVID-19 de acordo com o protocolo da nossa Unidade.</p>	
18	<p>Monitorização da assistência respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxímetro de Pulso desde a admissão seguido de gasometria arterial 	Médico
19	<p><u>Indicações de IOT</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Não retardar IOT: SpO2 92% - 97% e FiO2 < 0,6 em 60 – 90 minutos ou SpO2/FiO2 < 220 ▪ Outras indicações de IOT: alteração do nível de consciência, choque séptico e/ou disfunção de múltiplos órgãos e sistemas. 	Médico
20	<p>Suporte Ventilatório</p> <p>Ofertar oxigênio de acordo com a necessidade clínica visando manter saturação ≥ 94%. A escolha do dispositivo deve-se basear na condição clínica e na tolerância, pelo paciente, do dispositivo.</p>	Médico
21	<p>Hipoxemia refratária</p> <p>Um paciente pode ser considerado como tendo hipoxemia refratária quando a SpO2 for <90%, com FiO2 > 60%, pressão motriz > 15 cm H2O, platô > 30 cm H2O e a PCO2 não responder à ventilação ou redução do espaço morto. Para esses pacientes, recomendamos o uso das seguintes estratégias:</p> <p><u>Posição prona</u>: Sabe-se que a posição prona diminui o descompasso ventilação / perfusão (V / Q) devido ao shunt pulmonar e otimiza a ventilação. Sugerimos uma tentativa de posicionamento prono e, se houver uma boa resposta (PaO2 aumenta mais de 20 mmHg, SpO2 > 93%, melhora na TIE e na ventilação), deve ser mantida por 18 h. Se a carga de trabalho da equipe for elevada, o paciente pode ser mantido em decúbito ventral por até 24 horas. Se a posição prona não for possível, o paciente deve ser lateralizado, mantendo o pulmão</p>	Médico

	<p>mais afetado para cima.</p> <p><u>Óxido nítrico:</u> o óxido nítrico inalado (NOi) é um potente vasodilatador pulmonar que tem sido usado como terapia de resgate em pacientes com hipoxemia refratária, pois aumenta a perfusão pulmonar em áreas com melhor ventilação; da mesma forma, pode ser usado em pacientes com trombose pulmonar por SARS-CoV-2. Pode ocorrer uma melhora transitória na relação PaO₂ / FiO₂. Sugerimos uma dosagem inicial de 5 partes por milhão (ppm), até 20 ppm. Se o óxido nítrico não estiver disponível, sugerimos o uso de sildenafil (0,5-2 mg/ kg / dose a cada 4-6 horas, com um máximo de 20 mg / dose a cada 8 horas)</p> <p><u>Manobras de recrutamento:</u> Não recomendamos o uso rotineiro de manobras de recrutamento. Eles só devem ser realizados com monitoramento adequado, experiência da equipe e boas condições clínicas. Sugerimos um teste de titulação passo a passo de PEEP. Cuidado com as complicações mecânicas, como barotrauma e instabilidade hemodinâmica.</p> <p><u>Ventilação oscilatória de alta frequência:</u> Recomendamos não seu uso devido ao risco de contaminação de profissionais de saúde e outros cuidadores. Pode ser utilizado em unidades com isolamento adequado.</p> <p><u>Oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO):</u> Considere ECMO veno-venosa para quando PaO₂ / FiO₂ <50 mmHg por 3 h, ou PaO₂ / FiO₂ 50-80 mmHg por 6 h, e pH <7,25 com PaCO₂ > 60 mmHg por 6 h, na ausência de contra-indicações relativas (disfunção de múltiplos órgãos, disfunção neurológica grave ou cuidados paliativos).</p>	
22	<p>Quadro respiratório em pediatria</p> <p>Doença leve: Quadro compatível com infecção das vias aéreas superiores. Com sintomas inespecíficos: febre, fadiga, tosse (produtiva ou não), anorexia, mal estar, dor muscular, dor de garganta, congestão nasal ou cefaleia. Alguns casos podem não apresentar febre e sim, sintomas gastrintestinais, como diarreia, náuseas e vômitos</p> <p>Pneumonia: Infecção do trato respiratório inferior sem sinais de gravidade. Há febre (mais frequente), tosse ou dificuldade respiratória e taquipneia, Ainda sem hipoxemia; podem se manifestar sem sinais e sintomas clínicos de gravidade, mas apresentam tomografia computadorizada de tórax alterada com a presença de lesões pulmonares</p> <p>Pneumonia grave: Pneumonia grave com tosse ou dificuldade em respirar, além de pelo menos um dos seguintes sinais: cianose central ou SpO₂ < 90% a 92%; sinais de angústia respiratória (por exemplo, grunhidos, tiragem grave); sinais sistêmicos de alerta: incapacidade de amamentar ou beber, letargia ou inconsciência ou convulsões.</p> <p>SDRA: Alterações radiológicas: opacidades bilaterais, atelectasia lobar/pulmonar, nódulos. Edema pulmonar não explicado por insuficiência cardíaca ou hiper-hidratação.</p> <p>Índice de oxigenação (IO) ou o índice de SaO₂ (ISO). Quando a Pressão Parcial de Oxigênio (PaO₂) não for disponível, diminuir a</p>	Médico

	<p>FIO₂ para manter SaO₂ ≤97% para calcular ISO ou SaO₂/FIO₂. Bilevel (Ventilação não invasiva - VNI ou Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas- CPAP) ≥ 5cmH₂O por máscara facial: PaO₂/FIO₂ ≤ 300 mmHg ou SaO₂/FIO₂ ≤ 264.</p> <p>Sepse: Infecção suspeita ou comprovada + ≥ 2 critérios de Síndrome da resposta inflamatória sistêmica, dos quais um deve ser alteração da temperatura ou leucitose/leucopenia (os outros 2 critérios são taquipneia ou taquicardia ou bradicardia < 1ano).</p> <p>Choqueséptico: Suspeita de infecção + sinais de hipoperfusão periférica: hipotensão (Pressão arterial sistólica - PAS < percentil 5 ou > 2 Desvio padrão - DP abaixo do normal para idade) ou 2-3 dos seguintes: alteração do nível de consciência; taqui/bradicardia; enchimento capilar >2 segundos ou evidencia de vasodilatação; taquipneia; pele manchada; oligúria; Necessidade de droga vasoativa/ expansão com cristalóide.</p>	
23	<p>Recomendações de Manejo na suspeita de doença por Covid-19</p> <p>Sintomas leves, SEM sintomas respiratórios: Tratar sintomáticos e acompanhamento clínico.</p> <p>Quadro leve, US/Rx tórax normal, SEM fatores de risco: Tratar Sintomáticos e acompanhamento clínico.</p> <p>Quadro leve, US/Rx tórax normal, paciente COM fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomáticos • Avaliar caso a caso necessidade de internação • Acompanhamento rigoroso • Iniciar Oseltamivir (até resultado de Influenza) <p>Quadro moderado (Pneumoniasem hipoxemia) Paciente com ou sem fatores de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar caso a caso necessidade internação • Iniciar Oseltamivir (até resultado de Influenza) • Administrar antibiótico APENAS se houver suspeita de coinfeção bacteriana. • 1ª. Escolha: Amoxicilina ou Azitromicina • Avaliar a necessidade de Cefalosporina 3ª geração ou Levofloxacina APENAS em pacientes com imunodeficiências ou doença pulmonar crônica. <p>Quadro grave (pneumonia com hipoxemia ou outras manifestações de gravidade):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação • Suporte respiratório • Iniciar Oseltamivir (até resultado de Influenza) • Avaliar necessidade de antibióticos IV • metilprednisolona (1 mg/Kg/dia, máx 40mg) ou dexametasona (0,15mg/kg/dia, máx 6mg, por 3 a 10 dias • Avaliar indicação de profilaxia antitrombótica <p>Choque séptico ou falência de órgãos ou outros sinais de comprometimento extrapulmonar grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação UTI • Suporte respiratório e hemodinâmico 	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar Oseltamivir (até resultado de Influenza) • Antibióticos conforme protocolo de choque séptico • Metilprednisolona (1 mg/Kg/dia, máx 40mg) ou dexametasona (0,15mg/kg/dia, máx 6mg, por 3 a 10 dias) • Avaliar indicação de profilaxi • a antitrombótica <p>SIM-P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internação (de preferência em UTI) • Suporte respiratório e hemodinâmico • Antibióticos conforme protocolo de choque • Drogas vasoativas e/ou cardiotônicos conforme protocolo de choque • Avaliar indicação de profilaxia antitrombótica • Gamaglobulina 2g/kg precoce • Metilprednisolona 	
24	<p>casos moderados: 2mg/Kg/dia, 5 dias</p> <p>casos graves: pulsoterapia 30 mg/kg/dia por 3 dias, com máximo de 1g/dia seguida de 2mg/kg/dia com máximo de 60 mg/dia, dividida em 2 doses, por 5 dias e então iniciar redução da dose ao longo de 2-3 semanas</p> <p>-AAS em dose anti-agregante plaquetária (3-5mg/kg/dia 1 x dia)</p> <p>-Avaliar e, se necessário, repetir Gamaglobulina e uso de -corticoide em caso de refratariedade à 1ª dose de Gamaglobulina.</p>	Médico

6. SIGLAS

AAS – Ácido Acetilsalicínico

OMS – Organização Mundial de Saúde

US – Ultrassonografia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - .

Record No. 919349, Acute asthma exacerbation in children; updated 2018 Jun 21

Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. GINA 2018

Maue DK; Krupp N; Rowan CR. Pediatric Asthma severity score is associated with critical care interventions. World J Clin Pediatric 2017 February 8; 6(1):34-39

Maue DK; Krupp N; Rowan CR. Pediatric Asthma severity score is associated with critical care interventions. World J Clin Pediatric 2017 February 8; 6(1):34-39


Powell CV, Kolamunnage-Dona R, Lowe J, Boland A, Petrou S, Doull I, Hood K, Williamson PR; MAGNETIC study group. MAGNEsium Trial In Children (MAGNETIC): a randomised, placebo-controlled trial and economic evaluation of nebulised magnesium sulphate in acute severe asthma in children. Health Technol Assess. 2013 Oct;17(45):v-vi, 1-216

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Protocolos clínicos de urgência e emergência de ortopedia e traumatologia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>			
Setor: Emergência/UTI		Identificação: 000	
Assunto: Protocolos clínicos de urgência e emergência de ortopedia e traumatologia		Versão: 00	
		Folha Nº: 1/97	

1. OBJETIVO

Sistematizar e padronizar o atendimento clínico de urgência e emergência de ortopedia e traumatologia.

2. DIRETRIZ

2.1. Introdução

A osteomielite é uma infecção óssea que pode ser classificada pelo tempo de evolução em aguda, subaguda ou crônica, ou pela sua localização e estado imunológico do paciente conforme quadro abaixo.

Para atendimento ambulatorial, utilizaremos a Classificação por tempo de início dos sintomas:

- Osteomielite aguda (OMA) – Em geral é vista em crianças, comportamento bimodal; menores de 2 anos e aquelas entre 8 e 12 anos. A localização mais comum é a metáfise dos ossos longos. Em adultos, ocorre em um hospedeiro comprometido e se localiza mais nos corpos vertebrais. O *Staphylococcus aureus* é o organismo infectante mais comum, enquanto a *Pseudomonas* é encontrada em usuários de drogas e a *Salmonella* deve ser lembrada nas hemoglobinopatias SS ou SC;
- Osteomielite Subaguda (OMS) – Diagnóstico geralmente é feito com duas semanas. Possui um início mais insidioso e não apresenta a gravidade dos sintomas da OMA. Seu curso lento é considerado o resultado do aumento da resistência do hospedeiro, da virulência bacteriana diminuída e uso de antibióticos antes do início dos sintomas;
- Osteomielite crônica (OMC) – é difícil de ser erradicada completamente. Caracteriza-se se pela presença de necrose óssea. Exacerbações agudas intermitentes podem ocorrer durante anos, e, muitas vezes, respondem bem a repouso e antibioticoterapia. Na OMC, as infecções secundárias são comuns e as culturas dos tratos fistulosos usualmente não se correlacionam com as culturas obtidas na biópsia óssea.

2.1. Diagnóstico

- OMA – Dor e sensibilidade no local, podendo estar ou não associado à febre e mal estar nas fases iniciais. Nos quadros mais graves, evolui com sinais sistêmicos, que colocam a vida em risco;
- OMS – Dor moderada no local é um dos únicos sinais constantes, geralmente com mais de duas semanas de duração, pouca ou nenhuma manifestação sistêmica;
- OMC – Diagnóstico baseia-se em avaliar a história prévia do paciente, e o exame físico cuidadoso do membro afetado. Avalia-se a integridade da pele e do tecido mole, presença de fistulas e o estado neurovascular, palpa-se em busca de áreas de dor e se faz a avaliação da estabilidade óssea.

2.1.3 Exames Complementares

- OMA – VHS e PCR elevados, leucocitose inicial pode estar presente ou não, Rx são negativos até 10 a 12 dias de evolução do quadro. Cintilografia óssea e RNM

apresentam boa sensibilidade, sendo positivas em até 24 horas da instalação da infecção. Hemocultura positiva em 50% dos pacientes. Aspiração óssea é o padrão ouro para identificação do patógeno;

- OMS – Sem leucocitose, VHS elevada em apenas 50% dos pacientes, hemoculturas são negativas. Aspiração óssea positiva em 60% das vezes. Rx simples; aspecto radiográfico mais frequentemente encontrado é uma lesão metafisária radioluzente, com margens escleróticas que esmaecem perifericamente. Cintilografia e RNM são positivas;
- OMC – Leucócitos elevados em 35% dos pacientes, há elevação do PCR e VHS. A queda desses marcadores após o Tratamento é sinal de bom prognóstico. Rx simples podem mostrar áreas de sequestro ósseo. TC é utilizada para auxiliar no planejamento cirúrgico.

2.4. Tratamento

- OMA – O Tratamento consiste em identificar o agente infeccioso, seja por hemocultura ou por biópsia óssea. Cierny defende o início do Tratamento com antibioticoterapia empírica e reavaliação da resposta do paciente com 48h, se houve piora do quadro é indicado Tratamento cirúrgico e antibioticoterapia oral por 4 semanas, e, se houve melhora do quadro, são indicadas duas semanas de antibiótico venoso, seguidas por quatro semanas por via oral. O Tratamento acima descrito deve ser realizado em regime hospitalar, onde é possível o Tratamento cirúrgico, quando necessário;
- OMS – O Tratamento consiste em identificar o agente infeccioso, seja por hemocultura ou por biópsia óssea, desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia por tempo adequado. O Tratamento acima descrito deve ser realizado em regime hospitalar;
- OMC – De difícil Tratamento e cada caso deve ser individualizado.

2.2 ATENDIMENTOS AO PACIENTE COM SUSPEITA DE ARTRITE SÉPTICA (AS)

2.2.1 Introdução

AAS consiste na invasão bacteriana do espaço articular. Isso pode ocorrer por disseminação hematogênica, inoculação direta ou disseminação a partir de um local adjacente de celulite ou osteomielite. Crianças e idosos são mais suscetíveis. As articulações dos MMII são as mais afetadas, porém qualquer articulação pode ser envolvida, além do que pode haver comprometimento poliarticular.

O *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico em todas as idades, porém outros agentes estão relacionados a idade e condições clínicas específicas, como *Haemophilus influenzae* (6 meses a 2 anos de idade), *Neisseria gonorrhoeae* (adultos sexualmente ativos), *Salmonella* (LES, anemia falciforme).

2.2.2 Diagnóstico

- Anamnese e exame físico detalhados;
- O atraso no Diagnóstico e a demora em se iniciar o Tratamento são os principais fatores relacionados a complicações tardias da doença;
- Dor, limitação funcional;
- Mobilização articular muito dolorosa ou impossível;
- Calor local e hiperemia articulares;
- Recém-nascidos podem apresentar-se com sintomatologia frusta ou inespecífica;
- AS por *Neisseria gonorrhoeae*: adultos ativos sexualmente, histórico de poliartralgia migratória, principalmente nos MMSS (punhos e dedos).

2.2.3 Diagnóstico Diferencial

Osteomielite, artrite por cristais, trauma, hemartrose, síndromes periarticulares (bursite, tendinites), doenças reumáticas.

2.2.4 Exames Complementares

- Rx – afastar alterações degenerativas, traumas. Alterações radiográficas da AS aparecem apenas tardiamente;
- Hemograma;
- VHS, PCR;
- Punção articular – gram, cultura, citologia, bioquímica;
- Outros exames: US, TC, RNM, CO.

2.2.5 Tratamento

- Diagnóstico clínico e rápido – Alto índice de suspeição;

- Drenagem articular adequada;
- Antibioticoterapia venosa, variando de 2 a 6 semanas ou mais, dependendo do agente etiológico, da condição do paciente e da resposta à terapia;
- Imobilização da articulação envolvida inicialmente;
- Reabilitação articular após resolução da fase aguda.

2.3 Classificação MULLER-AO DE FRATURAS: OSSOS LONGOS

A) ÚMERO

B) RÁDIO / ULNA

C) FÊMUR

D) TÍBIA / FÍBULA



2.4 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA

2.3.1 Introdução

As fraturas expostas (FE) são aquelas nas quais uma ruptura da pele e dos tecidos moles subjacentes cria uma comunicação entre o ambiente externo e o osso fraturado ou, o hematoma resultante.

O prognóstico relativo às fraturas expostas será determinado principalmente pelo volume de tecidos moles desvitalizados, pelo nível e tipo de contaminação

bacteriana, e pelo tempo até a instituição do Tratamento cirúrgico. O agente etiológico de contaminação mais comum é o *Staphylococcus aureus*.

2.4.2 Diagnóstico

O Diagnóstico das fraturas expostas costuma ser imediato na maioria dos casos. O paciente apresenta uma laceração hemorrágica profunda acima ou próxima da fratura do osso subjacente. O atendimento inicial é feito segundo os preceitos do ATLS, por, geralmente, se tratar de trauma de alta energia.

Na inspeção, avaliar grau de contaminação da ferida, status dos tecidos moles, status vascular e neurológico da extremidade afetada. Neste momento, deve-se classificar a contaminação da fratura.

2.4.3 Exames Complementares

Rx da área da lesão em duas incidências, incluindo as articulações adjacentes (Ex.: fratura de tíbia; é mandatório ver joelho e tornozelo).

2.4.5 Tratamento

O Tratamento das FE é baseado em antibioticoterapia precoce, debridamento mecânico, estabilização da fratura e reconstituição da cobertura de partes moles.

O primeiro Tratamento consiste em minimizar a contaminação da fratura, realizando irrigação com dois litros de soro fisiológico, cobertura da ferida com material estéril, antibioticoterapia (tabela anexa) e estabilização provisória da fratura. Com exceção de alguns tipos de fraturas de falange distais (F1), o Tratamento subsequente deve ser realizado em ambiente hospitalar.

2.5 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DA FALANGE DISTAL DA MÃO

2.5.1 Introdução

As lesões de extremidade dos dedos da mão são muito comuns, e, na maioria das vezes, determinadas por trauma direto, determinando esmagamento e lesões complexas.

2.5.2 Diagnóstico

- Verificar deformidades, impotência funcional (flexo-extensão da IFD) e hematomas subungueais;
- Avaliar clinicamente desvios angulares e rotacionais;
- Verificar perfusão e sensibilidade nas extremidades dos dedos;
- Avaliar acometimento de partes moles, presença da unha e condições do leito ungueal.

2.5.3 Exames Complementares

RX em AP e Perfil de cada dedo acometido.

2.5.4 Tratamento

- Fraturas fechadas sem desvio e sem lesão do leito ungueal, Tratamento conservador > tala de dedo metálica;
- Fraturas fechadas do Tofo: Tratamento conservador com tala metálica.
- Fraturas expostas, sem contaminação grosseira e/ou com menos de 6 horas de evolução > Anestesia local e limpeza com degermante, soro fisiológico 0,9% e tópico; fechamento primário, se possível ou fechamento por segunda intenção. Tala de dedo metálica, curativos diários; Vacinação antitetânica (caso quadro vacinal não confiável).
- Fraturas expostas, com contaminação grosseira e/ou mais de 6 horas de evolução e/ou comorbidades associadas (ex.: imunossupressão, diabetes). Mesma abordagem anterior, associada a antibioticoprofilaxia oral com Cefalosporina de 1.^a geração;
- Fraturas da diáfise da Falange Distal com desvio associadas a lesão do leito ungueal: Redução e fixação da Falange, reparo do leito ungueal;
- Proceder esvaziamento de hematoma subungueal, de preferência quando muito sintomático e na ausência de fratura associada. Siglas IFD – articulação Interfalangeana Distal.

2.6 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LUXAÇÃO E LESÕES LIGAMENTARES NA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL DOS DEDOS

2.6.1 Introdução

As lesões ligamentares da mão ocorrem comumente na articulação Interfalangeana proximal dos dedos. O espectro das lesões varia de uma entorse simples até um quadro mais grave, como o de uma fratura-luxação.

2.6.2 Diagnóstico

Sinais de deformidade e impotência funcional da articulação IFP dos dedos. A luxação pode ser Lateral, Dorsal ou Volar. Devemos sempre verificar associação com fraturas, principalmente nas luxações dorsais.

2.6.3 Exames Complementares

RX em AP e Perfil dos dedos acometidos, evitar solicitar RX das mãos para avaliar lesões de dedos.

2.6.4 Tratamento

Realizar manobras de redução após bloqueio digital:

- Luxação Lateral: proceder a redução, corrigindo o desvio;
- Luxação Dorsal: NÃO realizar tração, proceder manobra de flexão da junta;
- Luxação Volar (com e sem componente rotacional): realizar manobra de redução, através da extensão da junta, mantendo as articulações metacarpo-falangeanas fletidas e o punho estendido (para relaxar o aparelho extensor).

Sempre solicitar RX de controle pós-redução para verificação de congruência articular. Caso não se obtenha redução congruente, proceder Tratamento cirúrgico.

O determinante final de Tratamento é saber se a articulação permanece concentricamente reduzida com o movimento ativo. Essa avaliação exige um controle adequado da dor através de um bloqueio digital. A estabilidade funcional pode ser determinada pelo teste de duas fases:

a) Estabilidade Ativa: o paciente realiza movimento ativo de flexão e extensão do dedo acometido, para verificação da estabilidade;

b) Estabilidade Passiva: a avaliação clínica final é feita com estresse lateral da IFP, com esta articulação em extensão e em 30° de flexão, e com movimento de estresse antero-posterior, como um teste de gaveta.

2.7 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DE FALANGE E METACARPO

2.7.1 Introdução

Fraturas de Metacarpos e Falanges são as mais comuns do membro superior, correspondem a aproximadamente 10% de todas as fraturas e acometem pacientes jovens, predominantemente.

2.7.2 Diagnóstico

Verificar deformidades, impotência funcional, equimoses, hematomas e pontos dolorosos;

Avaliar clinicamente desvios angulares, rotacionais e encurtamentos dos dedos;

Verificar acometimento de partes moles, perfusão e sensibilidade nas extremidades dos dedos.

2.7.3 Exames Complementares

- RX dos dedos em AP e Perfil;
- RX da mão em AP, perfil e oblíqua;

Através das radiografias, verificar:

- a)Desvios rotacionais;
- b)Desvios angulares;
- c)Fraturas intrarticulares;
- d)Fraturas-avulsões (ligamentares e tendíneas);
- e)Geometria da fratura (transversa, oblíqua e espiral);
- f)Encurtamentos.

2.7.4 Tratamento

As fraturas passíveis de Tratamento conservador devem ser imobilizadas com talas de dedo, talas de gesso ou imobilização por solidarização com dedo adjacente, em média por 3-4 semanas. Não ultrapassar 4 semanas de imobilização para reduzir risco de rigidez articular.

A posição de imobilização do metacarpo deve ser a posição de intrínseco plus (extensão punho 30°, flexão metacarpofalangeana de 90° e extensão das interfalangeanas).

2.8 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LUXAÇÕES DAS ARTICULAÇÕES METACARPOFALANGEANAS

2.8.1 Introdução

A luxação das articulações metacarpofalangeanas é relativamente rara, devido à estrutura ligamentar, tendões adjacentes e localização na base dos dedos dessas articulações.

Geralmente, o mecanismo de lesão é a hiperextensão forçada da articulação, o que determina uma luxação ou subluxação dorsal. Os dedos mais acometidos são o indicador e o mínimo.

2.8.2 Diagnóstico

Articulação MF em extensão, palpação palmar da cabeça do metacarpo e flexão das articulações interfalangeanas. Sempre executar exame neuro-vascular do dígito, antes e depois da redução.

2.8.3 Exames Complementares

- Devemos solicitar RX em AP, perfil e oblíquas, para confirmação diagnóstica e observarmos se há fratura associada;
- Verificar se é uma subluxação ou luxação completa;
- Verificar se há interposição de sesamoides.

2.8.4 Tratamento

As luxações completas comumente são irreduzíveis.

Executar manobra de redução conforme os seguintes passos:

- Anestesia local do dedo acometido.
- Fletir o punho, para relaxar os tendões flexores.
- Aplicar pressão em sentido distal e volar na base da falange proximal.
- Realizar flexão da articulação MF.

- Não realizar tração ou hiperextensão, durante a redução.

Sempre solicitar RX após a redução.

Uma redução incongruente indica interposição intra-articular, que deve ser tratada cirurgicamente, assim como as luxações irreduzíveis.

Após a redução fechada ou cirúrgica, realiza-se imobilização com tala metálica em 30° de flexão por um período de 2 a 4 semanas, seguida de uma solidarização com dedo adjacente (usando Micropore) por mais 2 semanas.

2.9 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO ESCAFÓIDE

2.9.1 Introdução

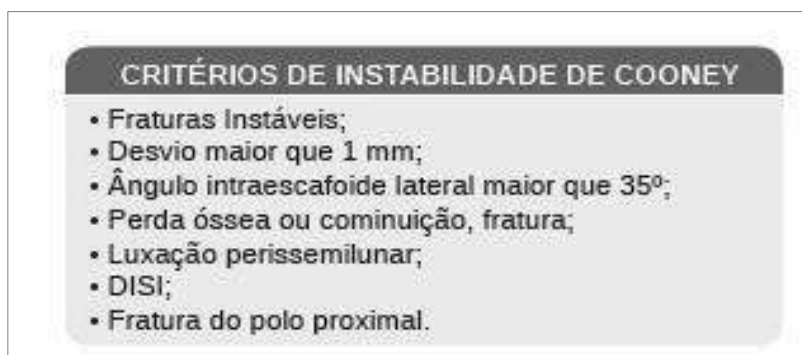
Correspondem a 60-70% de todas as fraturas do carpo, e a 2.^a fratura mais comum do membro superior, perdendo apenas para o rádio distal.

2.9.2 Diagnóstico

O mecanismo de lesão geralmente ocorre por queda em hiperextensão do punho. Os sintomas são dor à palpação da tabaqueira anatômica e à pistonagem do polegar.

2.9.3 Exames Complementares

- Solicitar RX do punho em AP, perfil, AP com desvio ulnar; Se suspeita de instabilidade cárpica ou pseudoartrose, solicitar RX AP com preensão dos dedos;
- O raio x inicial pode não mostrar a fratura em cerca de 25% dos pacientes.



2.9.4 Classificação (HEBERT)

- Fraturas agudas e estáveis:

A1. Fratura da tuberosidade;

A2. Fratura incompleta através do colo.

- Fraturas agudas e instáveis:

B1. Fratura oblíqua distal;

B2. Fratura completa pelo colo;

B3. Fratura do polo proximal;

B4. Fratura transescafo perisemilunar/fratura luxação do carpo;

B5. Fraturas cominutivas.

- Retardo de consolidação;

- Pseudoartrose:

D1. União fibrosa

D2. Pseudoartrose

2.9.5 Tratamento

Situação 1: Suspeita de fratura, sem o Diagnóstico radiológico, deve-se fazer uma tala gessada longa englobando o polegar e nova avaliação radiológica com 2 semanas, sem a tala, para a confirmação ou não da fratura.

Situação 2: Fratura com presença de um ou mais critérios de instabilidade ou fratura do polo proximal o Tratamento é cirúrgico, cadastro na CINT.

Situação 3: Fraturas sem critérios de instabilidade ou do polo distal são de 6 a 8 semanas de imobilização. O gesso deve ser axilopalmar para escafoide, porém na fratura do polo distal pode-se usar gesso antebraço braquial devido à inserção do pronador quadrado ser mais proximal, não havendo risco de desvio do escafoide, mas via de regra deve-se usar gesso axilopalmar englobando a interfalangeana do polegar e deixando as articulações metacarpofalangeanas dos dedos livres.

Reavaliação radiográfica com 2, 4 e 6 semanas, se for realizada imobilização da fratura com gesso axilopalmar, para observar possível desvio da fratura. Reavaliação radiográfica em 4 semanas para reduzir o gesso para antebraquial.

Reavaliação com 6 semanas para confirmação radiológica da consolidação da fratura. Se ela não estiver consolidada, reavaliar com 8 semanas.

Situação 4: A pseudoartrose no raio x apresenta esclerose do escafoide. Nesses casos, o paciente deve ser encaminhado ao Posto de Saúde com guia de contra referência para realizar Tratamento cirúrgico eletivo.

2.10. ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

2.10.1 Fraturas do Semilunar

2.10.1.1. Introdução

São incomuns, correspondem a 1% das fraturas dos ossos do carpo.

2.10.1.2. Diagnóstico

Mecanismo de lesão: trauma axial com compressão do capitato sobre o semilunar levando a fratura do carpo do semilunar.

2.10.1.3. Exames Complementares

- Solicitar RX em AP e perfil do punho;
- Para definição de Tratamento, deve-se fazer TC;
- Se o capitato se apresentar subluxado volarmente no raio X em perfil, suspeitar de fratura da borda volar do semilunar.

2.10.1.4. Classificação (TEISEN And Hjarbaek / De Acordo com a Localização da Fratura):

- Fratura frontal do polo volar;
- Fratura osteocondral;
- Fratura frontal do polo dorsal;
- Fratura transversa do carpo;
- Fratura frontal do carpo – mais comum.

2.10.1.5. Tratamento

- Fraturas com desvio < 2 mm: são de Tratamento conservador com uso de tala gessada curta por 4-6 semanas;
- Fraturas com desvio > 2 mm: são de Tratamento cirúrgico, sendo necessária colocação de tala e encaminhamento para a CINT, avaliar fluxo do PAD.

2.10.2 Fraturas do Piramidal

2.10.2.1. Introdução

É o 2.º ou 3.º osso mais fraturado do carpo no adulto, e 2.º osso mais fraturado das crianças. Comumente associado a outras lesões no punho, como fratura luxação do punho com padrão axial ou perilunar.

2.10.2.2. Diagnóstico

O mecanismo de lesão é queda com punho em extensão com desvio ulnar com impacto direto sobre o estiloide ulnar ou trauma direto sobre o dorso carpo.

2.10.2.3. Exames Complementares

- Solicitar RX em AP e perfil do punho;
- RX para avaliar estabilidade – RX com desvio ulnar;
- Para definição de Tratamento, deve-se fazer TC.

2.10.2.4. Classificação (3 Tipos de Fraturas)

- Impacção;
- Avulsão;
- Corpo.

2.10.2.5. Tratamento

- Impacção: Geralmente são assintomáticos. Ocasionalmente pode necessitar Tratamento cirúrgico para excisão do fragmento;
- Avulsão: Tratamento conservador com gesso curto ou splint por 6 semanas, se fragmento volar avaliar se estável ou não. Se desvio no Rx com desvio ulnar, apresentar > 2 mm de desvio entre os fragmentos indicar Tratamento cirúrgico;
- Corpo: geralmente é estável e grande parte delas não são desviadas. O Tratamento é conservador com gesso curto por 4-6 semanas.

2.10.3 Fraturas do Pisiforme

2.10.3.1. Introdução

1% das fraturas dos ossos do carpo.

2.10.3.2. Diagnóstico

Mecanismo do trauma mais comum é trauma direto na eminência hipotênar, mas também pode ocorrer fratura por traumas repetitivos.

2.10.3.3. Exames Complementares

RX convencionais não mostram a fratura, devem-se fazer incidências especiais como oblíqua com supinação ou túnel do carpo view.

2.10.3.4. Tratamento

Deve ser feito com gesso curto por 4 semanas, mas ele não muda a história natural da doença; podendo levar a pseudoartrose ou artrite pós-traumática.

2.10.4. Fraturas do Trapézio

2.10.4.1. Introdução

3% das fraturas dos ossos do carpo geralmente estão associados a fratura do 1.º metacarpo e rádio distal.

2.10.4.2. Diagnóstico

Mecanismo de lesão ocorre por trauma direto ou indireto.

2.10.4.3 Exames Complementares

- Solicitar RX em AP e perfil do punho

2.10.4.4 Classificação (3 Tipos de Fraturas)

- Corpo;
- Borda do trapézio;
- Lesões da margem trapezometacarpiano.

2.10.4.5. Tratamento

As fraturas não desviadas devem ser tratadas com tala curta para polegar por 4 semanas. Fraturas desviadas (> 2 mm) são de Tratamento cirúrgico.

2.10.5. Fraturas do Trapezóide

2.10.5.1. Introdução

São fraturas raras.

2.10.5.2. Diagnóstico

Ocorrem por trauma indireto sobre o 1.º metacarpo. Pode ocorrer luxação palmar ou dorsal.

2.10.5.3. Exames Complementares

- Solicitar RX em AP e perfil do punho.

2.10.5.4 Tratamento

Se a fratura for sem desvio, o Tratamento é conservador com tala gessada curta para polegar por 4 semanas.

2.10.6. Fraturas do Capitato

2.10.6.1. Introdução

São 1% de todas as fraturas do carpo.

2.10.6.2 Diagnóstico

Dor e edema em região central do punho na base do 3.º metacarpo.

2.10.6.3 Exames Complementares

- RX de punho AP e perfil, se lesão isolada;
- TC, se suspeita de associação com outras lesões.

2.10.6.4 Tratamento

Se isoladas, são geralmente sem desvio e de Tratamento conservador, tala curta 4 semanas Só que 50% das fraturas do capitato possuem lesões associadas, como fraturas e lesões ligamentares.

Essas lesões são geralmente de Tratamento cirúrgico.

2.11 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM DISSOCIAÇÃO ESCAFOSEMILUNAR

2.11.1. Introdução

É uma lesão comum do carpo que ocorre geralmente em adultos, mas pode ocorrer no esqueleto imaturo. O trauma inicial ocorre por mecanismo indireto com punho em hiperextensão, desvio ulnar e supinação da médio carpal.

2.11.2. Diagnóstico

Diagnóstico é clínico e radiológico, com palpação dolorosa do dorso do punho distal ao tubérculo de lyster.

2.11.3. Testes Especiais

1. Teste de Watson: Pressão volar sobre escafoíde e movimento do punho passivo de ulnar para radial. Durante a posição de ulnar para radial se evita que ocorra a flexão do escafoíde, que ocorre pela lesão do ligamento;

2. Teste de Ballotement (cisalhamento) Translação volar e dorsal do escafoide e semilunar.

2.11.4. Classificação (Formas Clínicas)

- Pré-dinâmica: estiramento ou ruptura parcial do LIES (ligamento intrínseco escafossemilunar). Não apresenta instabilidade radiológica, mas pode ter aumento do espaço ES. Essa lesão leva a sinovite local, dor e desconforto;
- Dissociação dinâmica: ruptura total do ligamento ES, que é reparável, com estabilizador secundário presente e sem alteração degenerativa. Aumento do gap a manobras específicas;
- Dissociação redutível estática: lesão do ligamento que não pode ser reparada. Lesão dos estabilizadores secundários permanente, mas redutível. Pode apresentar ressalto pela autorredução da subluxação;
- Dissociação fixa estática: ruptura ligamentar crônica ou insuficiência de estabilizadores primários e secundários que resulta em fibrose da cápsula, escafoíde e outros ossos. A redução é difícil e não apresenta degeneração cartilaginosa substancial;

- SLAC: osteoartrite do punho que deve ser tratada com alívio da dor, com provável perda funcional. Rádio estiloescafoide (grau 1), osteoartrite completa RE (radioescafoide) (grau 2), artrite mediocarpal (grau 3).

2.11.5. Exames Complementares

RX de punho em AP, perfil e AP com desvio ulnar, AP com preensão dos dedos. Os outros métodos Diagnósticos da dissociação ES são a cineradiografia, artrografia e artroscopia diagnóstica, mas que não necessitam ser realizadas na unidade de urgência.

2.11.6. Tratamento

O Tratamento das formas clínicas da dissociação ES são cirúrgicas.

Deve-se emitir AIH para Tratamento cirúrgico eletivo ou referenciar o paciente para a Unidade de Saúde para emissão da AIH e cadastramento para Tratamento eletivo.

2.12 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LUXAÇÃO E FRATURA LUXAÇÃO PERISEMILUNAR

2.12.1 Introdução

As luxações perissemilunares ou fratura luxação do carpo são lesões graves, geralmente por trauma de alta energia. As lesões podem ser divididas em pequeno arco ou grande arco. As lesões do grande arco englobam as fraturas do escafoíde, síndrome naviculocapitato e fraturas transescafooperissemilunares. As lesões do pequeno arco são as luxações perissemilunares.

2.12.2 Diagnóstico

O exame clínico deve ser minucioso, pois pode apresentar apenas dor e edema, preferencialmente dorsal, sem grande deformidade. Deve sempre avaliar a lesão em politraumatizado como, por exemplo: acidente motociclístico. O mecanismo de trauma pode ser de duas formas: dorsiflexão do punho, desvio ulnar e supinação intercarpal ou força axial em punho hiperextendido, antebraço hiperpronado e cotovelo fixo.

2.12.3 Classificação (Mayfield)

1) Ruptura da articulação ES, os ligamentos ES e radioescafosemilunar são rompidos;

2) Ruptura da articulação mediocarpal (capitato-semilunar). Apresenta ruptura do ligamento radioescafo-capitato;

3) Ruptura da articulação SP. O ligamento radiosemilunopiramidal é lesado;

4) Ruptura da articulação radiosemilunar. Ocorre lesão do ligamento radiosemilunopiramidal e causa luxação volar do semilunar ou perissemilunar dorsal.

2.12.4 Exames Complementares

RX do punho em PA e Perfil. Na radiografia em perfil geralmente, o Diagnóstico é mais fácil. O semilunar apresenta-se luxado para anterior, com os demais ossos do carpo para dorsal.

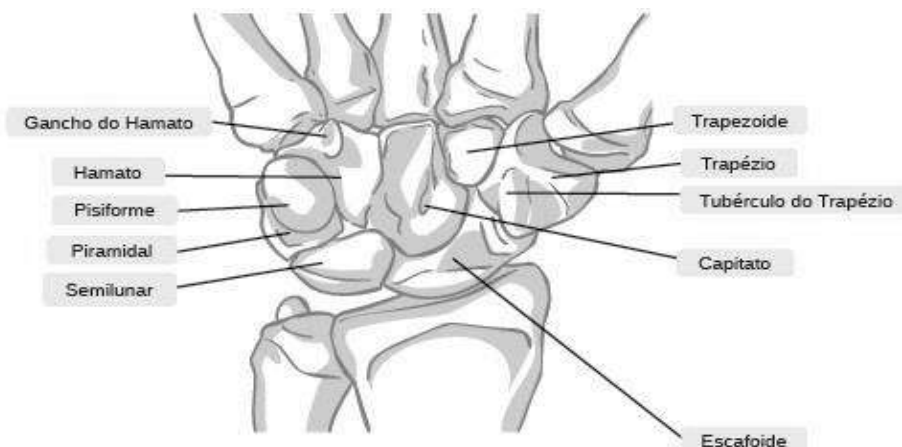
2.12.5 Tratamento

Na urgência, realizar a redução pela manobra de Tavernier – tração longitudinal, pressão volar no semilunar, hiperextensão do punho e flexão palmar que reduz o capitato na concavidade do semilunar.

Avaliar sinais de compressão de nervo mediano, como parestesia e alteração de função da mão, previamente à redução e reavaliar após redução.

Após a redução, imobilizar com tala gessada antebraquiopalmar com extensão do 30.º do punho, deixando as articulações metacarpofalangeanas livres.

Fazer novo RX para certificar a redução. Encaminhar ao Tratamento cirúrgico.



2.13 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO RÁDIO DISTAL E ULNA DISTAL

2.13.1 Introdução

As fraturas do rádio distal são fraturas muito comuns. Correspondem a 16% das fraturas do esqueleto.

O mecanismo de trauma é geralmente queda ao solo com punho em hiperextensão ou extensão.

2.13.2 Diagnóstico

Verificar deformidades, impotência funcional, equimoses, hematomas e pontos dolorosos no punho.

2.13.3 Exames Complementares

Solicitar RX em AP e Perfil do punho e verificar: Critérios de Instabilidade.

- Perda do comprimento radial maior que 9 mm;
- Ângulo de inclinação dorsal maior que 25°;
- Cominuição da fratura;
- Fratura intra-articular radio-carpal e radio-ulnar distal;
- Afastamento entre os fragmentos intra-articulares maior que 2 mm;
- Osteopenia;
- Lesões de partes moles (CFCT – complexo da fibrocartilagem triangular)

2.13.4 Classificação (Cooney)

Tipo I – Extra-articular sem desvio;

Tipo II – Extra-articular com desvio:

A – Redutível estável;

B – Redutível instável;

C – Irredutível.

Tipo III – Articular sem desvio;

Tipo IV – Articular com desvio;



A – Redutível estável;

B – Redutível instável;

C – Irredutível;

D – Complexa.

2.13.5 Classificação Ulna Distal

CLASSIFICAÇÃO DE FERNANDEZ PARA AS LESÕES DA ARTICULAÇÃO RÁDIO-ULNAR DISTAL				
Tipo	I	Lesões estáveis. Articulação rádio-ulnar distal é clinicamente estável e estudo radiográfico mostra congruência articular, estabilizadores primários do complexo da fibrocartilagem triangular estão intactos.	 A. Avulsão da ponta do estíloide ulnar	 B. Fratura estável do colo da ulna
	II	Lesões instáveis. Evidência clínica e radiológica de luxação da cabeça da ulna.	 A. Lesão maciça do complexo da fibrocartilagem triangular	 B. Avulsão da base do processo estíloide ulnar
	III	Lesões potencialmente instáveis. Devido à lesão óssea na superfície articular.	 A. Fossa sigmóidea do rádio (fratura em quatro partes do rádio distal)	 B. Fratura da cabeça da ulna

2.13.6 Tratamento

Fraturas com mais de 2 critérios de instabilidade, deve ser indicado Tratamento cirúrgico. As fraturas do rádio distal do tipo I e III de Cooney devem ser tratadas com gesso axilopalmar deixando as articulações metacarpo falangeanas livres.

As fraturas do tipo IIa e IVa devem ser submetidas a redução incruenta e gesso axilopalmar.

Deve sempre realizar o Raio-X de controle. O controle deve ser semanal, sendo realizado com 1, 2, 4 e 6 semanas. Na primeira e segunda semana, realizar apenas o controle radiológico. Com 4 semanas, deve ser encurtado o gesso para antebraquio palmar e com 6 semanas o gesso deve ser retirado.

As demais fraturas, IIb, IIc, IVb, IVc e IVd devem ser imobilizadas com tala gessada axilopalmar e somente no caso de grande encurtamento realizar leve tração antes da imobilização.

As fraturas IIb e IV, devido à instabilidade, geralmente evoluem para perda da redução após 1 a 3 semanas de acompanhamento. Sendo assim, deve se internar o paciente, fazendo a AIH para aguardar Tratamento cirúrgico.

A manobra de redução das fraturas do rádio distal é tração do punho, com um auxiliar fazendo a contra tração no braço com o cotovelo a 90°. Após a tração, deve-se fazer a redução com o polegar de proximal para distal, fletir o punho até 30° acompanhado de desvio ulnar.

Deve-se avaliar, ainda, os critérios de instabilidade e irredutibilidade para que o Tratamento seja correto, não submetendo o paciente a redução, quando ela não for indicada.

Já as fraturas da ulna distal são geralmente de Tratamento conservador, as mais prevalentes são a do tipo 1 da Classificação de Diego Fernandez Tal como a Classificação as fraturas do tipo I, são de Tratamento conservador, que são as fraturas mais comuns.

CRITÉRIOS DE INSTABILIDADE	CRITÉRIOS DE IRREDUTIBILIDADE
<ul style="list-style-type: none"> • Perda do comprimento radial maior que 9mm; • Ângulo de inclinação dorsal maior que 25°; • Cominuição da fratura; • Fratura intra-articular radio-carpal e radio-ulnar distal; • Afastamento entre os fragmentos intra-articulares maior que 2mm; • Osteopenia; • Lesões de partes moles (CFCT – complexo da fibro cartilagem triangular). 	<ul style="list-style-type: none"> • Desvio dos fragmentos intra-articulares com afastamento maior que 2 mm após as tentativas de redução incruenta; • Fratura com fragmento volar no compartimento flexor (tipo III de Melone); • Fratura articular com desvio rotacional do fragmento ósseo (tipo IV de Melone); • Fragmento <i>Die-Punch</i>, impacção articular (Tipo II de Melone).

2.14 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO

2.14.1 Introdução

A cabeça do rádio faz parte da estabilização do cotovelo, sendo um segmento intra-articular que participa dos movimentos de rotação e flexo-extensão.

A maioria das lesões da cabeça do rádio é decorrente de quedas, com mecanismo em compressão axial ou rotatório.

2.14.2 Diagnóstico

Crepitações, derrame articular, equimose, edema, dor, bloqueio da ADM.

O Diagnóstico da fratura da cabeça do rádio deve ser acompanhado de meticulosa investigação de possíveis lesões associadas (fraturas do coronoide, do olécrano, do capitelo e instabilidades), que interferem na correta escolha terapêutica.

2.14.3 Exames Complementares

- RX em AP, perfil e oblíquas do cotovelo;
- Incidência rádio capitular: antebraço em rotação neutra e os raios apontados à cabeça do rádio;
- Incidência radiocapitular modificada: antebraço supinado e com face posterior apoiada no filme, raios apontados a 45° médio-lateralmente.

2.14.4 Classificação (Mason)

Tipo I – Fratura não deslocada ou minimamente deslocada;

Tipo II – Fratura deslocada da cabeça ou do colo do rádio, com envolvimento de 30% da Superfície articular;

Tipo III – fratura cominutiva da cabeça e do colo do rádio;

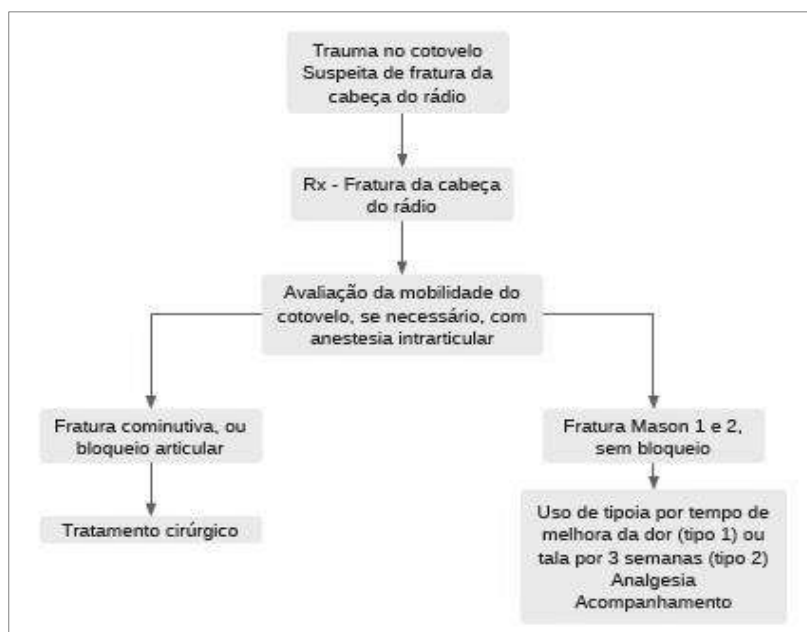
Tipo IV – fratura associada à luxação do cotovelo.

2.14.5 Tratamento

- A grande maioria das fraturas da cabeça do rádio é tratada de maneira não cirúrgica;
- A aspiração do derrame articular e infiltração de anestésico possibilitam a avaliação da mobilidade local no primeiro exame ou após alguns dias da fratura;
- São de bom prognóstico as lesões que preservam a amplitude de movimento, sem bloqueio evidente;

- O Tratamento deve ser feito com analgesia, imobilização de conforto e incentivo ao início precoce de mobilização;
- A opção pelo Tratamento não cirúrgico também pode ser feita em fraturas deslocadas que possibilitem a manutenção da amplitude de movimento. Há descrições de que a ADM aceitável deve ser de 20 a 140° de flexo-extensão e 70° de rotação nos dois sentidos.
- Nesses casos, deve ser feita imobilização com o cotovelo em 90° de flexão, em posição neutra de prono-supinação, por 2 a 3 semanas e posterior início de movimentação;
- As fraturas com desvio e bloqueio articular e aquelas com comunicação são candidatas ao Tratamento cirúrgico.

2.14.6 Fluxograma



2.15 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LUXAÇÃO SIMPLES DO COTOVELO

2.15.1 Introdução

Podem ser classificadas como simples, quando só há lesão de partes moles e complexas, quando há fraturas envolvidas.

A direção da luxação também pode ser utilizada como Classificação, sendo a posterior a mais comum.

Existe uma sequência básica de lesões na luxação do cotovelo, iniciando-se lateralmente, com progressão às cápsulas anterior e posterior até o acometimento medial. As estruturas mais importantes nos complexos ligamentares são a banda anterior medialmente e o ligamento ulnar lateralmente.

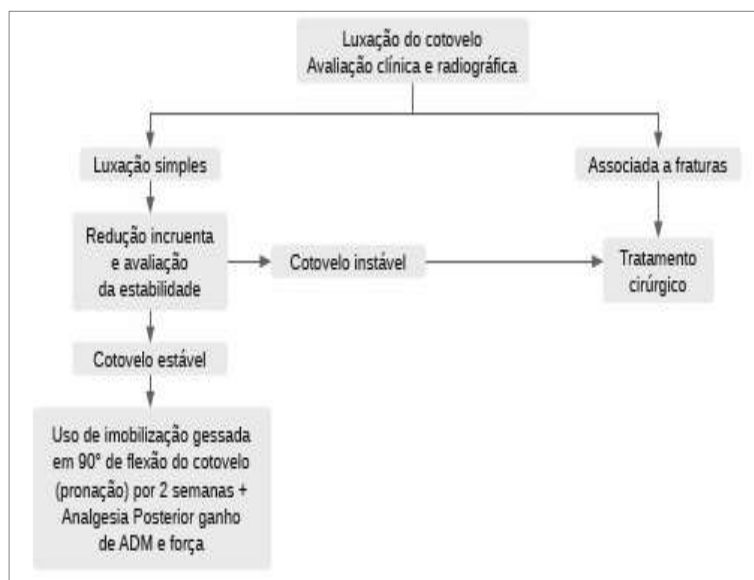
2.15.2 Diagnóstico

Na maioria dos casos é evidente a luxação do cotovelo, com dor, deformidade e limitação funcional.

É importante a avaliação da função neurológica (ulnar e mediano) e vascular do membro.

2.15.3 Exames Complementares

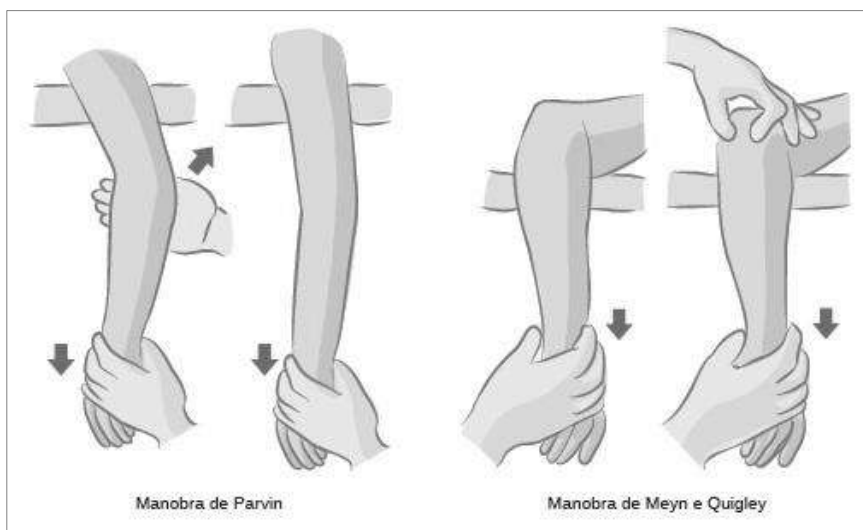
A avaliação radiológica é feita com Rx em AP e perfil. Segue fluxograma:



2.15.4 Tratamento

- A maioria das luxações simples do cotovelo é estável após a redução incruenta;

- A redução tem como base a manipulação do cotovelo em 90° de flexão, tentando direcionar o olécrano ao úmero distal;
- Após a redução a estabilidade deve ser checada através de Rx e do restabelecimento da amplitude de movimento, com AMD passiva entre 130 e 20° de flexo-extensão;
- A imobilização é feita com o cotovelo em 90° de flexão por duas semanas. O posicionamento do antebraço em pronação pode aumentar a estabilidade;
- Deve ser feito acompanhamento para avaliação de persistência de instabilidade e rigidez do cotovelo;
- Casos de instabilidades persistentes e fraturas luxações têm indicação de Tratamento cirúrgico.



2.16 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO PROCESSO CORONOIDE

2.16.1 Introdução

São lesões raras de serem encontradas isoladamente e são mais prováveis na presença de uma luxação do cotovelo, sendo que 10% das luxações do cotovelo têm fratura do coronoide associada.

2.16.2 Exames Complementares

- Incidências em AP e perfil do cotovelo;
- TC pode ser realizada para entendimento de lesões complexas.

2.16.3 Classificação (Regan e Morrey)

Baseado em quanto da altura do coronoide foi envolvida, avaliada pelo RX lateral:

- Tipo 1 – Envolve apenas a ponta;
- Tipo 2 – 50% da altura total;
- Tipo 3 – 50% da altura total.

Pode ser acrescentada a subclassificação em A e B, com ou sem luxação do cotovelo respectivamente.

2.16.4 Tratamento

- Apesar da falta de concordância na literatura quanto às indicações, as fraturas do coronoide podem ser tratadas de forma conservadora, se o cotovelo permanecer estável;
- Para isso, é fundamental a identificação de possíveis lesões associadas;
- As lesões do tipo 1 têm grande associação com luxação do cotovelo, de forma que o Tratamento deve ser baseado na estabilidade da articulação;
- As lesões do tipo 2 são as mais indicadas ao Tratamento não cirúrgico, devido a maior chance de estabilidade do cotovelo;
- As lesões do tipo 3 são quase que invariavelmente associadas com instabilidade do cotovelo, havendo, portanto, indicação de Tratamento cirúrgico;
- É feita imobilização com o cotovelo em 90° de flexão e posição neutra de pronosupinação por duas a três semanas e posterior ganho de ADM.

2.17 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO OLÉCRANO

2.17.1 Introdução

As fraturas do olécrano podem ser decorrentes de mecanismo direto sobre o local ou indireto.

2.17.2 Diagnóstico

O Diagnóstico é evidente na maioria dos casos, com dor, equimose, limitação de movimento e crepitações.

Atenção especial deve ser dada ao exame do nervo ulnar, pela proximidade anatômica.

2.17.3 Exames Complementares

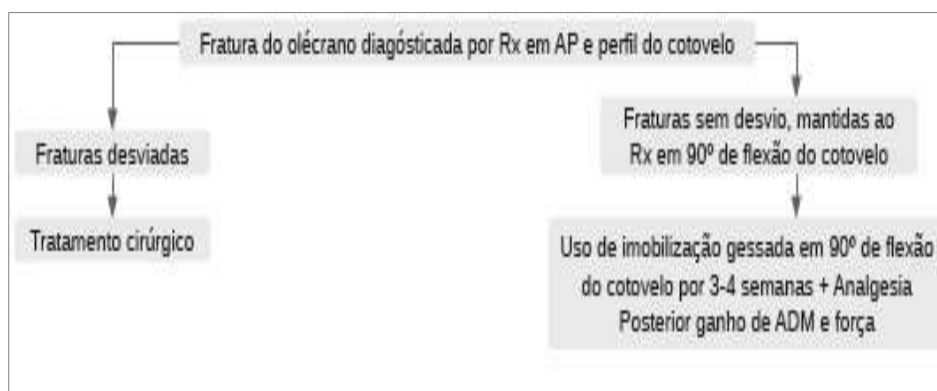
- Incidências em AP e perfil do cotovelo;
- TC pode ser realizada para entendimento de lesões complexas.

2.17.4 Classificação (Clínica Mayo)

- Tipo 1 – Fraturas não deslocadas, com os subtipos IA (sem cominuição) e IB (com cominuição);
- Tipo 2 – Fraturas com deslocamento maior que 3 mm, sem instabilidade do cotovelo, também com os subtipos IIA e IIB, de acordo com a cominuição;
- Tipo 3 – Fraturas associadas à instabilidade do cotovelo.

2.17.5 Tratamento

- As fraturas do olécrano só devem ser tratadas de forma não cirúrgica quando se apresentarem sem desvio e assim se mantiverem com a avaliação radiográfica feita com flexão de 90° do cotovelo;
- O paciente deve ficar imobilizado com gesso axilo-palmar por 3 a 4 semanas em flexão do cotovelo de 90° e posterior reabilitação para ganho de ADM e força;
- Todas as fraturas desviadas devem ser tratadas cirurgicamente.



2.18 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO ÚMERO DISTAL

2.18.1 Introdução

As fraturas úmero distal compreendem um terço das fraturas do cotovelo. São fraturas comuns em idosos, em especial do sexo feminino, tendo relação com a osteoporose, em adolescentes e adultos jovens, está relacionado com trauma de alta energia.

2.18.2 Diagnóstico

Deve ter como referência o tipo de trauma, com especial atenção aos de alta energia, pela possibilidade de lesões associadas. É necessária avaliação neurovascular cuidadosa do membro.

2.18.3 Exames Complementares

- Incidências em AP e perfil do cotovelo. RX feitas com tração no membro acometido podem melhorar o entendimento das fraturas mais complexas, entretanto, levam a desconforto considerável para o paciente;
- TC fica reservada para planejamento cirúrgico e avaliação articular.

2.18.4 Classificação (AO)

- Úmero distal = 13, o acometimento extra-articular como 13A, articular parcial 13B e articular 13C, com as demais subclassificações.

2.18.5 Tratamento

- O Tratamento não cirúrgico das fraturas do úmero distal tem indicações muito restritas, sendo o Tratamento cirúrgico a indicação da grande maioria dos casos;
- Pacientes jovens raramente têm indicação de Tratamento não cirúrgico;
- Fraturas extra-articulares sem desvio e casos de pacientes sem condições cirúrgicas podem ser tratadas com imobilização gessada longa com cotovelo entre 90° e 120° de flexão, com acompanhamento rigoroso por 3 a 4 semanas.

2.19 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO

2.19.1 Introdução

As fraturas diafisárias do úmero correspondem a até 7% das fraturas no adulto.

A distribuição epidemiológica das fraturas diafisárias do úmero tem aspecto bimodal, com maior número entre adultos jovens, consequentes a trauma de maior energia, e idosos, relacionadas a quedas e osteoporose.

2.19.2 Diagnóstico

Os achados são característicos das fraturas: dor, deformidade, crepitação, aumento de volume, limitação funcional. É importante a avaliação da função no nervo radial, sendo que a documentação deve sempre ser feita, inclusive nos casos de limitações para o exame físico.

2.19.3 Exames Complementares

Os RX iniciais devem ser feitas em AP e perfil do úmero, sendo que podem ser necessárias avaliações do úmero proximal e distal.

2.19.4 Classificação (AO)

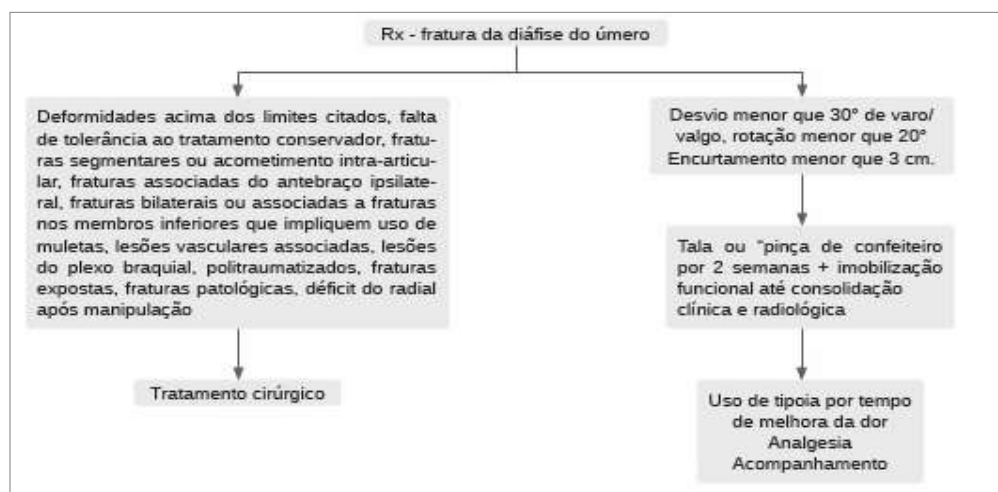
A diáfise do úmero é designada por 12. As fraturas de traço único são classificadas como 12A, as que apresentam fragmento tipo “cunha” como 12B e as cominutivas como 12C, todas com subclassificações detalhadas.

2.19.5 Tratamento

- O Tratamento de até 95% das fraturas diafisárias do úmero é conservador. O princípio de imobilização funcional, que permite a mobilização de ombro e cotovelo, é a base do Tratamento. Inicialmente pode ser utilizada imobilização gessada (tala axilopalmar ou tipo “pinça de confeitiro”) nos primeiros 7 a 14 dias, sendo então substituída pela imobilização funcional (“brace” tipo Sarmiento). Deve ser desencorajado o uso de tipóia e iniciados exercícios pendulares para o ombro e mobilização do cotovelo de acordo com a melhora da dor do paciente. O tempo de imobilização funcional é determinado pela consolidação radiológica e ausência de dor no local da fratura, podendo chegar a 12 semanas;
- Os limites aceitáveis para o Tratamento não cirúrgico são: angulação de 30°, rotação de 20° e encurtamento de 3 cm;

- Fraturas transversas ou oblíquas curtas têm maior probabilidade de não consolidação, merecendo atenção especial no acompanhamento;
- São indicações de Tratamento cirúrgico: deformidades acima dos limites citados, falta de tolerância ao Tratamento conservador, fraturas segmentares ou com acometimento intra-articular proximal ou distal, fraturas associadas do antebraço ipsilateral, fraturas bilaterais ou associadas a fraturas nos membros inferiores que impliquem uso de muletas para deambular, lesões vasculares associadas, lesões do plexo braquial, politraumatizados, fraturas expostas, fraturas patológicas. Déficit do nervo radial;
- Os casos de déficit do nervo radial não têm indicação inicial de cirurgia, a não ser que tenham surgido após manipulação do membro ou imobilização gessada em pacientes sem sinais de acometimento neurológico prévio. A maioria das lesões é neuropraxia e espera-se a recuperação da função neurológica;
- O estudo eletroneuromiográfico pode ser realizado após a terceira semana;
- Avaliações seriadas da função neurológica devem ser feitas e a indicação de exploração cirúrgica do nervo radial deve ser dada após o 3.º ou 4.º mês sem que ocorra melhora;
- Instruir o paciente sobre a necessidade da manipulação contínua do punho e dos dedos ou mesmo o uso de talas preventivas, a fim de se evitar contraturas em flexão.

Fluxograma



2.20 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL

2.20.1 Introdução

As fraturas do úmero proximal podem corresponder de 2 a 3% das fraturas da extremidade superior, 70% delas ocorrem em pacientes acima de 60 anos, especialmente em mulheres com ossos osteoporóticos. Já os traumas de alta energia estão relacionados com as fraturas em pacientes jovens, enquanto as quedas são a principal causa em pacientes idosos.

2.20.2 Diagnóstico

Clinicamente, os pacientes terão sinais clássicos de fraturas, com dor, limitação funcional e crepitações. O aumento de volume local pode ser difícil de avaliar em virtude da musculatura e a equimose pode ser vista na região distal do braço, mesmo dia após a lesão. Apesar de serem incomuns, as lesões vasculares devem ser pesquisadas.

2.20.3 Exames Complementares

As incidências iniciais em AP verdadeiro, perfil da escápula e perfil axilar (incidência de Velpeau) são as indicadas.

2.20.4 Classificação

A Classificação mais utilizada é a de Neer, que considera o número de fragmentos desviados. Os fragmentos avaliados são: cabeça umeral (colo anatômico), tubérculo maior, tubérculo menor e diáfise (colo cirúrgico).

As fraturas em duas partes são aquelas em que apenas um dos fragmentos está desviado. As fraturas em três partes têm desvio de dois fragmentos em relação aos demais e as fraturas em quatro têm os quatro fragmentos desviados.

São considerados desviados os fragmentos com 45° de angulação ou 1 cm de deslocamento. As fraturas do tubérculo maior são consideradas desviadas com deslocamento de 0.5cm.

2.20.5 Tratamento

O Tratamento não cirúrgico está indicado em todas as fraturas em que o desvio for mínimo, estáveis ou impactadas, não importando o número de fragmentos observados na radiografia. São candidatos ao Tratamento conservador pacientes acima de 85 anos, pacientes com comorbidades que impossibilitem cirurgia, casos de demência. O Tratamento se inicia com adequada analgesia, principalmente nos primeiros dias. Está indicado o uso de tipoia por 3 semanas ou até o fim das crepitações ao exame físico.

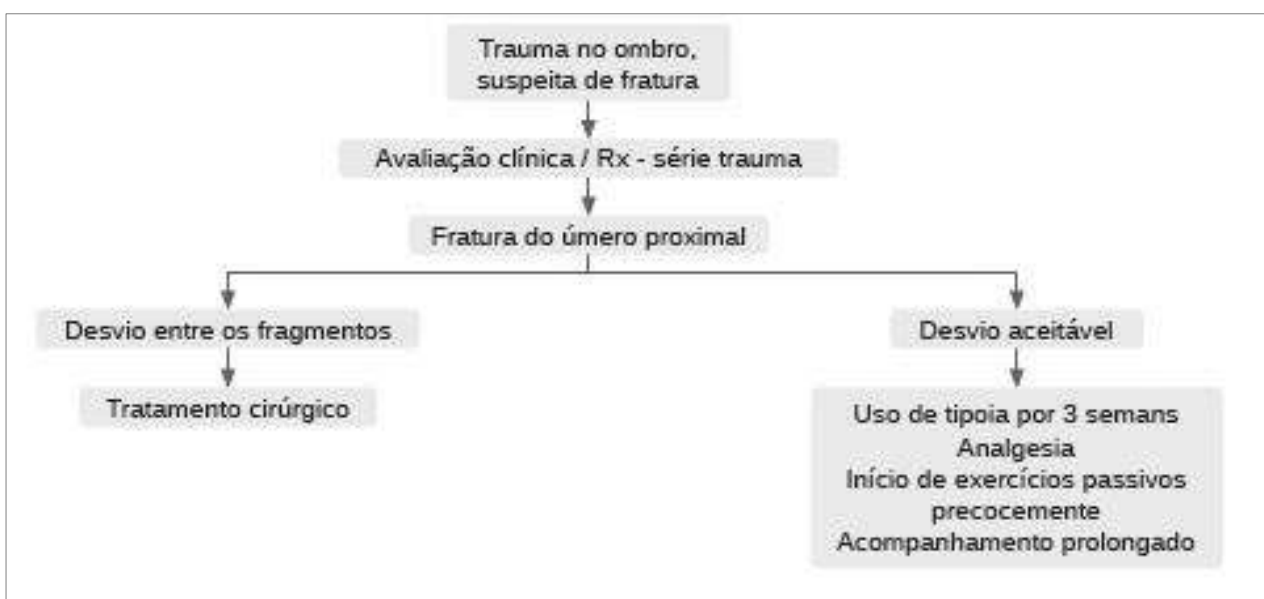
É importante o acompanhamento radiológico nas duas primeiras semanas devido ao maior risco de mudança no deslocamento dos fragmentos.

Exercícios passivos leves podem ser indicados após a primeira semana e os exercícios ativos isométricos após 3 semanas. Fortalecimento é iniciado entre 6 e 12 semanas.

O programa de reabilitação deve ser mantido durante o primeiro ano após a fratura, com fisioterapia, seguida de exercícios domiciliares.

Todas as fraturas desviadas devem ser tratadas cirurgicamente, desde que o paciente tenha condições para o procedimento.

Fluxograma

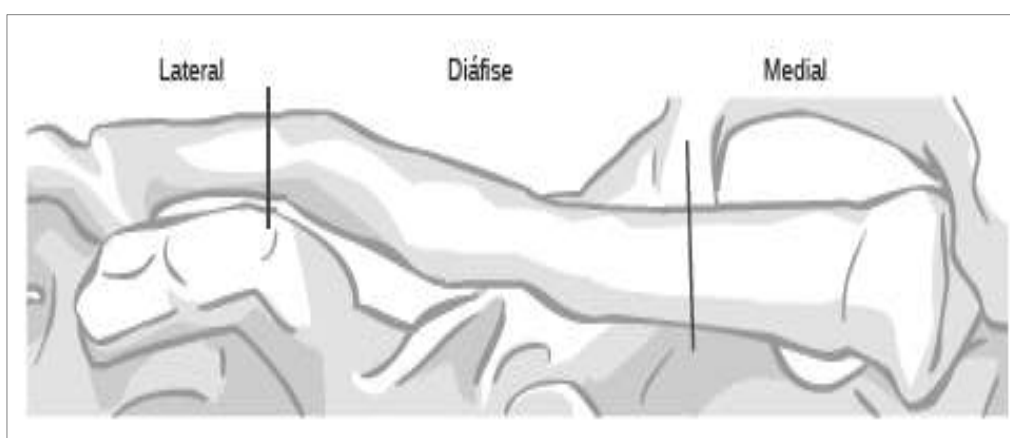


2.21 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DA CLAVÍCULA

2.21.1 Introdução

Fraturas da clavícula são comuns sendo responsáveis por 2,6 – 4,0% das fraturas do adulto e 35% das lesões do ombro. Podemos dividir essas fraturas em relação a sua localização em três regiões anatômicas:

- Medial;
- Diafisária;
- Lateral



2.21.2 Diagnóstico

As fraturas do terço medial são de baixa incidência e frequentemente encontradas na forma de epifisiólise até o início da idade adulta, quando ocorre fusão do núcleo de ossificação medial (Fusão pode ocorrer até os 25 anos). Em geral, são fraturas associadas com acidentes envolvendo veículos automotores, em especial colisões, com uso de cinto de segurança, nos quais o cinto pode ser o agente causador da fratura.

As fraturas do terço médio são as fraturas mais comuns da clavícula. O mecanismo de trauma direto perfaz 85-94% dessas fraturas e o mecanismo indireto por 2-5% delas. A avaliação de lesões associadas não deve ser esquecida, incluindo fratura-luxação das articulações esterno-clavicular e acrômio-clavicular e epifisiólise em pacientes mais jovens.

Outras lesões incluem o trauma torácico com hemo/pneumotórax, fraturas de costela, fraturas do corpo e colo da escápula.

As fraturas do terço lateral constituem o segundo padrão de fratura mais comum da clavícula. Essas fraturas, quando desviadas, têm maior potencial para evoluir com pseudoartrose (11,63–42%), mas por serem mais incidentes em pessoas idosas, os índices de pessoas com pseudoartrose assintomática é alto. Maior proporção dessas fraturas é do tipo I de Craig (sem desvio) em uma proporção de 4:1.

2.21.3 Exames Complementares

A avaliação radiológica padrão é feita com um Rx AP e PA com inclinação cefálica de 40°. Já na suspeita de fratura do terço lateral, a avaliação radiográfica deve constar de radiografias oblíquas a 45° anterior e posterior, radiografia de Zanca. E, nos casos de alta suspeição com exame radiológico normal, deve-se solicitar TC.

CLASSIFICAÇÃO DE CRAIG – FRATURAS DA CLAVÍCULA	
GRUPO I – FRATURAS DO TERÇO MÉDIO	
GRUPO II – FRATURAS DO TERÇO LATERAL	
TIPO I	Mínimo/sem desvio (interligamentar)
TIPO II	Deslocada (fratura medial aos ligamentos coracoclaviculares) A - conoide e trapezoide no fragmento distal. (padrão de fratura oblíquo) B - conoide lesado e trapezoide íntegro. (padrão de fratura transversa)
TIPO III	Fraturas da superfície articular
TIPO IV	Deslocamento ósseo e ligamentos firmes ao perióstio (criança)
TIPO V	Fragmento inferior cominuído (Iatarjet) onde se inserem os ligamentos
GRUPO III – FRATURAS DO TERÇO MEDIAL	
TIPO I	Mínimo/sem desvio
TIPO II	Deslocada (ligamentos rompidos)
TIPO III	Intra-articular
TIPO IV	Epifisiólise (crianças e adulto jovem – até 25 anos podem ocorrer)
TIPO V	Cominuída

2.21.4 Classificação

Utilizamos a Classificação de Craig para as fraturas da clavícula.

2.21.5 Tratamento

Fraturas do terço medial (Grupo III):

O Tratamento não cirúrgico destas fraturas utilizando tipóia americana e mobilização precoce do membro, conforme tolerado, tem sido o Tratamento de escolha, com exceção das fraturas expostas e das fraturas que promovem compressão das estruturas mediastinais.

No último caso, tentativa de redução urgente deve ser realizada, inicialmente, por meios fechados e, se mal sucedida, de forma cruenta.

Fraturas do terço médio / diáfise (Grupo I):

Em fraturas do terço médio sem desvio, o Tratamento é conservador e envolve o uso de tipóia americana para conforto algico durante duas até no máximo 6 semanas, com retirada progressiva à medida que a dor permitir e retorno às atividades.

Seguindo o trabalho de Robinson et al (2009), o Tratamento cirúrgico em fraturas completamente desviadas deve ser oferecido a pacientes adultos jovens ativos após adequado aconselhamento sobre os riscos envolvidos e os prováveis resultados a serem alcançados. De forma geral, a cirurgia está indicada:

INDICAÇÃO ABSOLUTA	INDICAÇÕES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Fraturas expostas • Fratura com tensão excessiva na pele • Lesão neurológica / vascular associada 	<ul style="list-style-type: none"> • Encurtamento ou desvio > 2 cm • Fratura cominuída com deslocamento transverso do fragmento/ segmentada • Fratura clavícula bilateral • Fratura ipsilateral • Ombro flutuante • Politrauma com exigência de carga precoce MMSS

Fraturas do terço lateral (Grupo II Craig)

Em fraturas sem desvio tipo I e tipo III, o Tratamento é conservador por meio da imobilização com tipóia americana antálgica que é mantida até que haja mobilização sem dor e ausência de crepitação no foco de fratura, o que usualmente ocorre de 3-6 semanas e é seguido pelo início da mobilização.

Já o Tratamento para fraturas desviadas (Tipo II e V Grupo II Craig) é controverso. Baseado no trabalho do Robinson et al (2004 e 2009) podemos fazer as seguintes recomendações quanto ao Tratamento das fraturas desviadas (Tipo II e V):

TRATAMENTO CONSERVADOR	TRATAMENTO CIRÚRGICO
<p>Pacientes de meia-idade e idosos (>35 anos)</p> <p>Exceção: Fratura exposta / Grave comprometimento de partes moles. / Dupla ruptura do complexo suspensório superior do ombro / Osteoartrose acromioclavicular / Pseudoartrose sintomática após 6 meses.</p>	<p>Pacientes adultos e jovens (< 35 anos)</p>

Fraturas do tipo IV que envolvem um desenlramento periosteal são, invariavelmente, tratadas conservadoramente tendo em vista o potencial de remodelação, a não ser na presença de um desvio muito grande.

2.22 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LUXAÇÃO GLENO UMERAL

2.22.1 Introdução

Alta incidência: em torno de 1,5 a 2% da população. Comum a recorrência da instabilidade. Elas podem ser classificadas de diversas formas, entre elas:

- Quanto ao mecanismo: traumática ou atraumática;
- Quanto à direção: anterior (mais comum), posterior, superior ou inferior (raras) ou multidirecional.

2.22.2 Diagnóstico

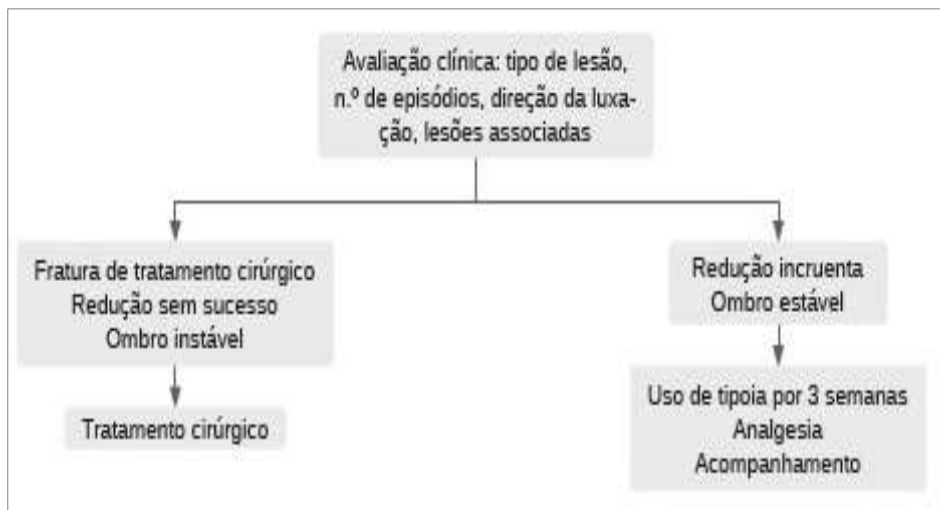
A luxação aguda é muito dolorosa, a musculatura se torna espástica. A cabeça do úmero pode ser palpável fora da articulação, deixando um espaço vazio abaixo do acrômio.

Braço em abdução e rotação externa nos casos de luxação anterior e adução e rotação interna nas posteriores. Nas luxações inferiores o paciente tende a manter o membro em abdução acima do nível do ombro. Importante avaliar a função neurológica, principalmente do nervo axilar (região do deltoide).

2.22.3 Exames Complementares

A avaliação radiográfica inicial deve ter as incidências da “série trauma” do ombro: AP verdadeiro, perfil escapular ou perfil axilar, que pode ser substituído por incidência de Velpeau.

Fluxograma



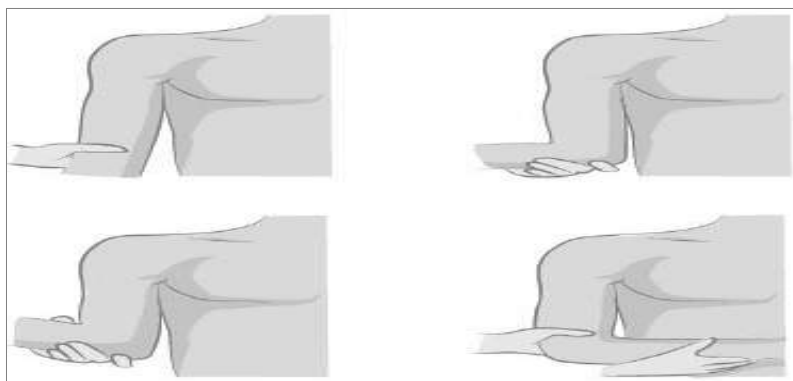
2.22.4 Tratamento

A medida inicial após o adequado estudo da luxação (direção, mecanismo, história clínica, etc.) é a redução. Existem diversas manobras que podem ser utilizadas:

- Tração e contra-tração: faixa de lençol em torno do Tórax para a contra-tração. inicia-se tração no braço comprometido, com rotações interna e externa suaves;
- Método de Milch: paciente em supinação, abdução e rotação externa do braço, com o polegar empurrando a cabeça do úmero para a glenoide;



- Método de Kocher modificado: Tração contínua do braço com o cotovelo em 90°, de abdução e rotação externa do braço, seguidos de adução e rotação interna;



- Método de Spaso: paciente em posição supina, é feita tração vertical no membro superior, associada a rotação externa.

Métodos que envolvam aplicação de força excessiva e mecanismo de alavanca são perigosos por serem causas de fraturas.

A necessidade de analgesia para a redução varia de acordo com o tempo de evolução da luxação, com o número de episódios, com o trauma associado etc. Pode ser utilizada injeção intra-articular de lidocaína, no máximo 20 ml a 1%, injetados lateralmente, em direção à glenoide, 2 cm abaixo do acrômio, 15 minutos antes da manobra de redução. Podem ser utilizados esquemas de sedação, com a ressalva dos maiores efeitos colaterais e necessidade de ambiente hospitalar de segurança.

A redução da luxação deve ser confirmada com os mesmos RX iniciais.

Após a confirmação da redução, é prescrito esquema de analgesia doméstico e uso de tipóia por 3 semanas. Nas luxações posteriores, pode ser necessária imobilização com rotação externa do ombro, na posição que conferir estabilidade.

Deve haver orientação quanto a necessidade de acompanhamento e sobre possibilidade de recorrência da luxação.

Os casos em que não é conseguida a redução têm indicação de Tratamento cirúrgico.

2.23 Fraturas / Luxações

É comum a associação de fraturas do úmero proximal e luxação glenoumeral. As luxações anteriores têm maior associação com fraturas da grande tuberosidade do úmero e as luxações posteriores com fraturas da pequena tuberosidade.

A redução da luxação pode ser progressivamente mais difícil de acordo com a gravidade da fratura.

Após a redução, a manutenção do Tratamento não cirúrgico deve obedecer aos critérios de Tratamento da fratura.

2.23.1 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DA ESCÁPULA

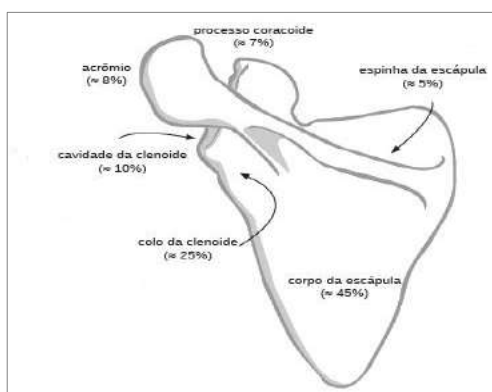
2.23.1.1 Introdução

Fraturas da escápula perfazem cerca de 1% de todas as fraturas e 5% das fraturas do ombro, e são secundárias a trauma de alta energia. Em virtude do envelope de partes moles e da caixa torácica, anteriormente, a maioria destas fraturas é não desviada (>90%) permitindo Tratamento conservador na maioria destas.

2.23.1.2 Diagnóstico

80-95% de incidência de lesões de partes moles e ósseas associadas, sendo mais comumente envolvidos o ombro ipsilateral, extremidade superior, pulmão e parede torácica.

2.23.1.3 Classificação (Anatômica)



- Corpo e espinha da escápula
- Processo da glenoide
- Cavidade da glenoide
- Colo da glenoide
- Processo acromial
- Processo coracoide

2.23.1.4 Exames Complementares

Série trauma da escápula (AP da escápula e Perfil escapular) e também de uma incidência axilar da articulação glenoumeral.

Nas lesões complexas o RX ou nas quais a imagem radiográfica é dúbia, está indicado solicitação de TC.

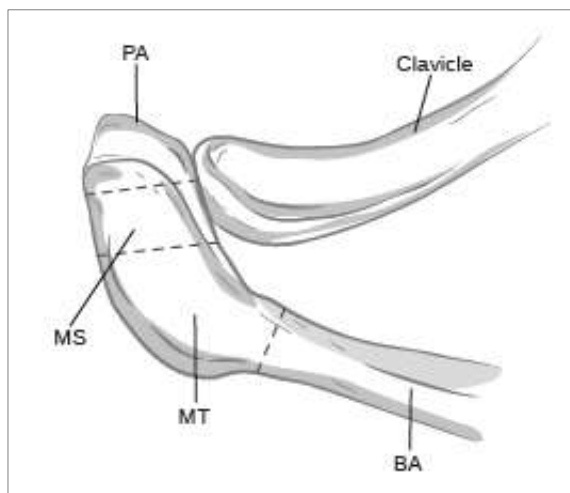
2.23.2 Fraturas do corpo da escápula

Nesta localização, Cominuição e deslocamento são comuns, mas há pouco entusiasmo na literatura para Tratamento cirúrgico em virtude dos bons resultados com Tratamento conservador.

Em raras ocasiões, podem haver deformidades residuais, necessitando cirurgia para remoção de proeminências ósseas ventrais responsáveis por sintomas como crepitação e dor.

O Tratamento inicial consiste do uso de tipóia americana que deve ser descontinuado conforme a tolerabilidade do paciente (em média 14 dias, não devendo perdurar o uso por mais de 6 semanas), seguido de início de fisioterapia visando à manutenção ou recuperação da ADM do ombro.

Em 6 semanas, a consolidação é suficiente para retirar imobilização em definitivo e iniciar uso funcional do membro. Seis meses a um ano podem ser necessários para completa recuperação, mas os resultados são invariavelmente bons.



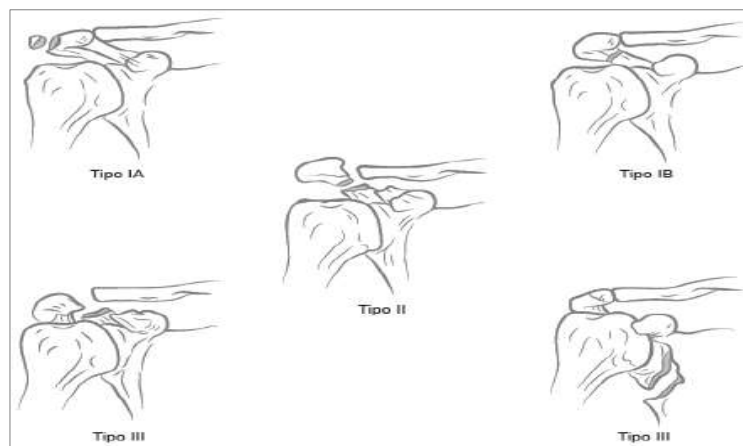
2.23.3 Fraturas do acrômio

A maioria não são desviadas ou minimamente desviadas não necessitando de Tratamento cirúrgico.

Estas fraturas devem ser distinguidas das acromiais que decorre de um defeito de fusão dos núcleos de ossificação do acrômio e tem uma incidência variável de 3-8% sendo o mais comum o mesoacrômio e apresentando-se bilateralmente em 60% dos casos.

2.23.3.1 Classificação (Kuhn Et Al)

- Minimamente desviada, não;
- Desviadas, mas não comprometendo o espaço sub-acromial;
- Desviadas e comprometendo o espaço sub-acromial.



2.23.3.2 Tratamento

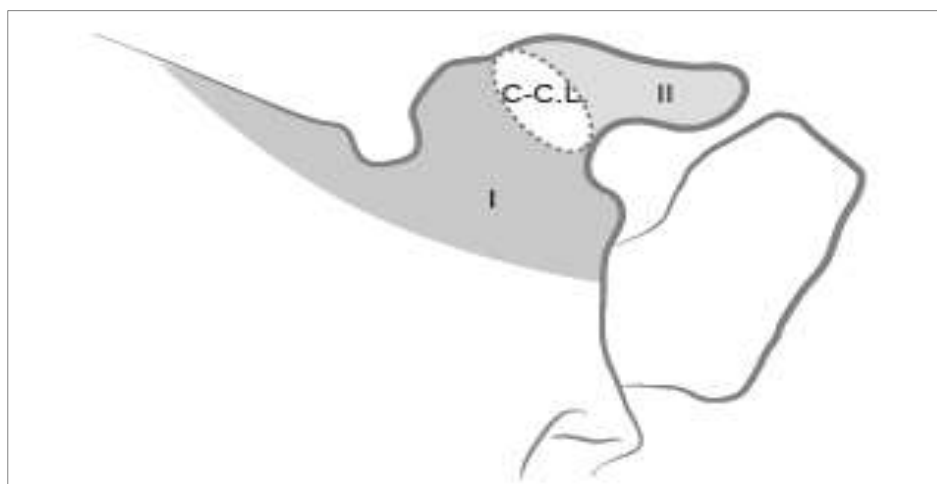
- Tipo I e II O Tratamento conservador consiste no uso de tipóia por 3 a 6 semanas, com monitoramento quanto à presença ou aumento do desvio. O início de ADM passiva nas primeiras semanas, seguido de ganho de ADM e isométricos a partir da 3.^a semana e fortalecimento muscular a partir da 6.^a à 8.^a semanas. Nos raros casos de não consolidação sintomática, Tratamento cirúrgico pode ser indicado tardiamente;
- Tipo III – Tratamento cirúrgico e colocar tipóia.

2.23.4 Fraturas do coracoide

Podem ser causadas por trauma direto ou pelo contato da cabeça umeral durante luxação, ou ainda pela avulsão secundária de estruturas musculotendinosas e/ou ligamentares que se inserem no coracoide.

2.23.4.1 Classificação (Ogawa Et Al)

- Tipo 1 – Proximal à inserção dos ligamentos coracoclaviculares;
- Tipo 2 – Distal à inserção desses ligamentos.



2.23.4.2 Tratamento

Indicações relativas ao Tratamento cirúrgico das fraturas do coracoide:

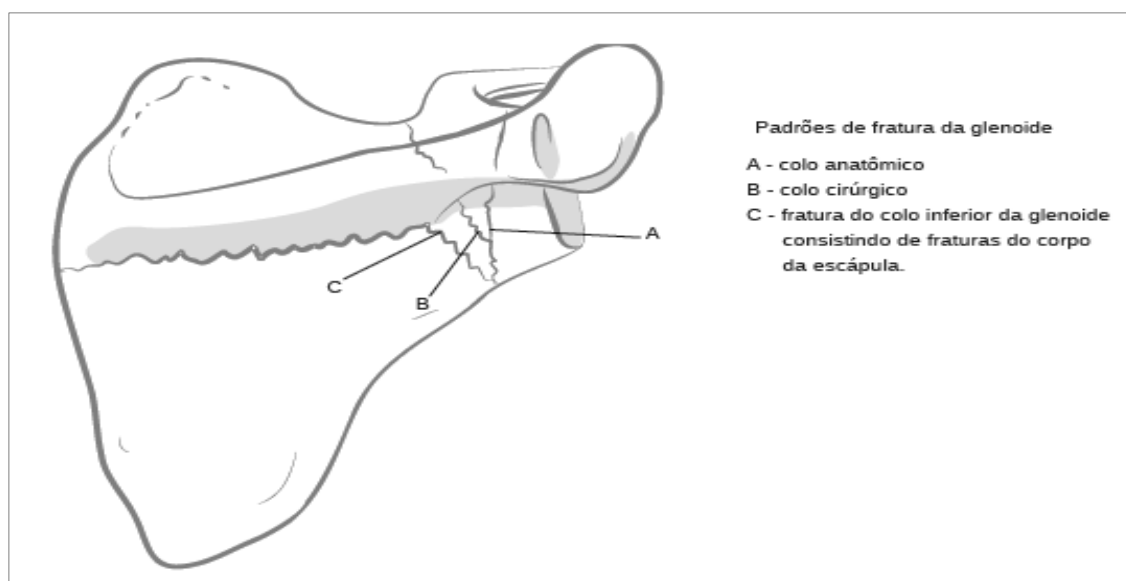
- Luxação acromioclavicular grau III associada;
- Obstrução da redução da luxação anterior do ombro;
- Fratura deslocada do coracoide envolvendo a fossa da glenoide;
- Fraturas desviadas causando irritação em partes moles;
- Pseudoartroses sintomáticas.

O Tratamento conservador para fraturas do tipo I de Ogawa consiste da tipóia americana por 3-6 semanas, com avaliação radiográfica inicial semanal para averiguação de desvio. A partir da 3.º semana, inicia-se mobilização passiva e movimentos pendulares da articulação glenoumeral. A partir da 6.ª semana podem ser iniciados exercícios de alongamento e fortalecimento muscular isométrico.

A partir 10-12º semanas podem ser retomadas atividades habituais e fortalecimento muscular com carga. Fraturas do tipo II de Ogawa podem ser gerenciadas com tipóia americana antálgica (em média por 2 semanas) seguido de mobilização precoce, a fim de evitar rigidez articular.

2.23.5 Fraturas do colo da glenoide

As fraturas do colo da glenoide podem ocorrer por trauma direto na região anterior ou posterior do ombro; impacto da cabeça umeral após queda com mão espalmada (raro); ou por impacto na parte superior do ombro. Para serem caracterizadas, devem ter uma linha saindo na margem escapular lateral e outra na margem superior da escápula tanto medial quanto lateral ao processo coracoide, não devendo ser confundidos com fraturas do colo da glenoide inferior que cursam medialmente no corpo da escápula e são tratadas como as fraturas do corpo e espinha da escápula. (Figura5).



2.23.5.1 Classificação Colo da Glenoide

- Sem desvio;
- Desviadas, sendo o desvio considerado se houver translação maior que 1 cm e/ou angulação maior que 40 graus. (Figura 6)

2.23.5.2 Tratamento

- Tipo I – No caso de Tratamento conservador, utiliza-se tipóia americana por até 6 semanas (conforme o grau de tolerância do paciente) com mobilização passiva do cotovelo iniciada de imediato e a mobilização da articulação glenoumeral iniciando precocemente com exercícios pendulares, acrescentando ADM passiva a partir da

3.^a semanas. A partir da 6.^a semana, pode-se iniciar ganho de ADM ativa e reforço muscular. A completa reabilitação pode demorar de 6 meses a um ano;

- Tipo II – Fraturas desviadas. Colocar tipóia para imobilização.

2.23.6 Fraturas da cavidade da glenoide

> 90% de indicação de Tratamento conservador. Essas fraturas foram classificadas inicialmente por Ideberg com expansão da Classificação.

2.23.6.1 Classificação (Goss)

- Tipo I – Fraturas da borda da glenoide e são subdivididas em IA (fraturas da borda anterior da glenoide) e Ib (Fraturas do rebordo posterior da glenoide);
- Tipo II – Fragmento inferior que pode ser transverso ou oblíquo;
- Tipo III – Fratura saindo na margem escapular superior;
- Tipo IV – Fratura cursa transversalmente ao longo do corpo da escápula, saindo na borda medial da escápula;
- Tipo V – São causadas por forças mais complexas e violentas e Classificação se subdivide por combinação das fraturas dos tipos II, III e IV ($V_a=II+IV$; $V_b= III+ IV$; $V_c=II+III+IV$);
- Tipo VI – Caracterizado por 2 ou mais fragmentos articulares.

2.23.6.2 Tratamento

- Tipo I – O Tratamento cirúrgico está indicado se há subluxação inferior persistente da cabeça umeral ou se a fratura é instável após redução. De Palma afirma que desvio > que 10 mm ou comprometimento de mais que $\frac{1}{4}$ anteriormente ou $\frac{1}{3}$ posteriormente da glenoide são indicativos de fratura instável e são parâmetros para indicação cirúrgica;
- Tipo II – Há indicação cirúrgica se houver desvio articular maior que 5 mm ou subluxação inferior persistente da cabeça umeral;
- Tipo III – Há indicação cirúrgica em fraturas com GAP articular > que 5 mm, desvio anterior significativo do fragmento superior ou se há uma ruptura adicional do complexo suspensório superior do ombro, o que aumenta o risco de lesão neurovascular;

- Tipo IV – Indicação cirúrgica está presente quando há desvio articular > que 5 mm com migração lateral do fragmento superior ou quando há importante separação dos fragmentos superior e inferior. Em ambos os casos, a fim de prevenir ocorrência de artrose e pseudoartrose;
- Tipo V – As indicações de Tratamento cirúrgico seguem aquelas para Tratamento dos tipos II ao IV;
- Tipo VI – Tratamento cirúrgico está contraindicado nesta situação devido a cominuição e impossibilidade de melhor posicionar e fixar os fragmentos.
- O Tratamento conservador das fraturas do tipo II ao V deve incluir imobilização com tipóia americana até melhora clínica (máximo 6 semanas) fazendo monitoramento periódico do desvio e iniciando mobilização precoce sem carga e passiva até 6 semanas. A partir da 6.^a semana, iniciam-se atividades de alongamento e ganho de ADM ativa, prosseguindo com atividades de fortalecimento muscular.

2.24. ATENDIMENTO AO PACIENTE PEDIÁTRICO COM FRATURAS DO MEMBRO SUPERIOR

2.24.1. Fraturas proximais do úmero em crianças

Introdução

Responsáveis em menos de 5% das fraturas em crianças. Os neonatos podem sofrer na fise umeral proximal durante trabalho de parto.

2.24.2 Diagnóstico

Dor, edema, hematoma, disfunção do membro e palpação anterior do fragmento da diáfise proximal associada a crepitações.

O braço é mantido em rotação interna para evitar a tração do peitoral maior sobre o fragmento distal.

2.24.3 Exames Complementares

A avaliação radiográfica inicial deve ter as incidências da “série trauma” do ombro: AP verdadeiro, perfil escapular, e perfil axilar. Com incidências comparativas com o lado oposto, se necessárias.

TC pode ser útil para ajudar no Diagnóstico e planejamento terapêutico nas luxações posteriores e fraturas complexas.

2.24.4 Classificação (Neer - Horowitz) - Das Fraturas da Placa Umeral Proximal

- Grau I – desvio < 5 mm;
- Grau II – desvio < $\frac{1}{3}$ da largura da diáfise;
- Grau III – desvio de $\frac{1}{3}$ a $\frac{2}{3}$ da largura da diáfise;
- Grau IV – > $\frac{2}{3}$ da largura da diáfise, inclusive desvio total.

2.24.5 Tratamento

Depende da idade do paciente e do padrão da fratura.

Conservador

Recém-natos:

- Prognóstico bom, US pode ser usado para orientar a redução;
- Redução incruenta é o Tratamento de escolha;
- Fratura estável: o braço é imobilizado ao tórax 5-10 dias;
- Fratura instável: o braço é abduzido e rodado externo durante 3-4 dias para permitir formação de um calo.

Idade de 1 – 4 anos

- Redução fechada e tipóia por 10 dias.

Idade de 5-12 anos

Redução fechada se:

- Estável: Tipóia e atadura;

- Instável: O braço é colocado em pinça-de-confeiteiro por 2-3 semanas, após as quais pode ser colocado em tipóia com atividade progressiva.

Idade 12 anos até maturidade

- Redução fechada, lembrar do menor potencial de remodelação;
- Fratura estável: Tipóia e atadura 3 semanas, seguidas por exercícios de amplitude de movimento;
- Fratura instável e Salter-Harris tipo IV gesso do tipo spica com o braço na posição de saudação 3 semanas.

Deve-se considerar uma estabilização cirúrgica para as fraturas com desvios em adolescentes.

2.24.6 Parâmetros Aceitáveis De Deformidade

- Idade 1 – 4: 70 graus com qualquer grau de desvio;
- Idade 5 – 12: 40-45 graus de angulação e desvio de metade da largura da diáfise;
- Idade 12 até a maturidade: 15-20 graus de angulação e desvio < 30% da largura da diáfise.
- Indicações de Tratamento cirúrgico
- Fratura exposta;
- Comprometimento neurovascular associado às fraturas;
- Salter Harris tipo III-IV com desvio;
- Fraturas Irredutíveis com interposição de partes moles.

2.24.7 Fraturas da clavícula em crianças

2.24.7.1 Introdução

São as fraturas mais frequentes em crianças (8-15% de todas as fraturas pediátricas).

2.24.7.2 Diagnóstico

Massa dolorosa palpável na clavícula, crepitações e equimoses. As condições neurovasculares devem ser avaliadas, pois podem ocorrer lesões do plexo braquial associadas.

2.24.7.3 Exames Complementares

Solicitar a incidência em AP da clavícula e esta é suficiente, podendo solicitar ZANKA para esclarecimento da fratura. TC pode ser solicitada nos casos de esclarecimento de fraturas mediais e suspeita de luxação.

2.24.7.4 Classificação (Dameron E Rockwood)

- Tipo I – Terço médio (mais comum);
- Tipo II – Terço lateral (distal aos ligamentos coracoclaviculares);
- Tipo III – Terço proximal (medial).

2.24.7.5 Tratamento

Conservador

Recém-nato – 2 anos de idade;

- Bandagem em forma de 8 ou tipóia 2-4 semanas.

Idade 2-12 anos

- Bandagem em forma de 8 ou tipóia 3-4 semanas.

Cirúrgico

- Fraturas expostas ou com comprometimento neurovascular.

2.24.8 Lesões acromioclaviculares em crianças

2.24.8.1 Introdução

Rara em crianças com menos de 16 anos de idade. Lesões atléticas e quedas compõem a maioria das lesões acromioclaviculares com trauma direto do acrômio.

2.24.8.2 Diagnóstico

O paciente deve ser examinado com o membro pendente, (ortostatismo ou assetado). DOR e limitação de amplitude de movimento. Diferente da lesão do adulto nas crianças os ligamentos coracoclaviculares permanecem íntegros.

2.24.8.3 Exames Complementares

Pede-se a série de trauma para ombro (AP, PERFIL, AXILAR), pode ser avaliada a lesão ligamentar com RX de stress em que pesos de 2 a 5 kg são presos aos punhos obtendo-se um RX AP de ambos os ombros para comparação.

2.24.8.4 Classificação (Dameron E Rockwood)

- Tipo I – Entorse leve;
- Tipo II – Ruptura parcial do tubo periósteo com leve instabilidade da clavícula, ligeiro aumento espaço acrômio-clavicular nas radiografias;
- Tipo III – Divisão longitudinal do tubo periósteo, desvio 25-100%;
- Tipo IV – Desvio posterior da clavícula distal;
- Tipo V – Lesão tipo III com desvio > 100%;
- Tipo VI – Luxação infracoracoide da clavícula distal.

2.24.8.5 Tratamento

Conservador

- Tipos I, II, III com imobilização, crioterapia.

Cirúrgico

- Tipos IV, V, VI, associadas as complicações neurovasculares.

2.25 Luxações glenoumerais em crianças

2.25.1 Introdução

Rara em crianças, 90% são anteriores.

2.25.2 Diagnóstico

Luxação anterior

- Dor, manutenção do membro em rotação externa e abdução;
- Sinal da DRAGONA;
- Avaliar a sensibilidade do deltoide, testando, assim, o nervo axilar;

- Avaliar também a região antero-lateral do antebraço, testando, assim, o nervo musculocutâneo.

Luxação posterior

- Membro é mantido na posição rotação interna e abdução, na maioria das vezes o ombro não apresenta deformidade, lembrar do choque elétrico como principal mecanismo;
- Avaliar a sensibilidade do deltoide, testando, assim, o nervo axilar;
- Apresenta rotação externa limitada < 0 grau e elevação anterior < 90 graus.

Luxações atraumáticas

- Os pacientes apresentam histórias de luxações recorrentes e redução espontânea;
- Sinal do sulco, lassidão ligamentar múltipla das articulações.

Luxações Superiores e Inferiores

- Extremamente raras em crianças;
- Podem estar associadas a patologias hereditárias como síndrome de Ehlers-Danlos.

2.25.3 Exames Complementares

Série de trauma do ombro (AP, PERFIL, AXILAR), incidências adicionais de West-point, Hill-Sachs, Stryker;

TC pode ser útil nas definições da cabeça umeral ou fraturas da glenoide, corpos livres, e lesões ósseas labrais anteriores (Bankart).

2.25.4 Tratamento

Manobras de redução: ver capítulo luxação gleno umeral adulto.

Após as reduções, são mantidos os membros na tipóia por 4 semanas. Com posteriores exercícios de fortalecimento fisioterápico.

2.26 PRIMEIRO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM SUSPEITA DE TRM

2.26.1 Introdução

- 15 a 50 novos casos por ano, por 1.000.000 de habitantes;
- Paciente geralmente é do sexo masculino, jovem em plena capacidade laborativa;
- Mecanismo de trauma: acidentes automobilísticos estão em primeiro lugar, seguido por quedas e os atos de violência, estão em ascensão, seguido, por último, pelas lesões desportivas;
- Localização anatômica: coluna cervical, 55% dos casos, seguido pela região torácica, toracolombar e sacral com 15% cada;
- Associação com TCE em 5% dos casos;
- Presença de fraturas em mais de um local da coluna em 10% dos pacientes;
- Após o trauma inicial 5% dos pacientes piorarão neurologicamente, devido ao transporte inadequado ou ao atendimento hospitalar inicial.

2.26.2 Avaliação Neurológica

A avaliação neurológica é realizada segundo o protocolo ASIA (American Spine Injury Association):

- ASIA A = déficit completo: Sem função motora ou sensitiva abaixo da lesão (ausência também de sensibilidade de dermatomo S4 e S5);
- ASIA B = déficit parcial: Sem função motora e preservação de sensibilidade;
- ASIA C = déficit parcial: Função motora presente parcialmente (mais da metade dos músculos abaixo de M3) e preservação de sensibilidade;
- ASIA D = déficit parcial: Função motora presente parcialmente (mais da metade dos músculos acima de M3) e preservação da sensibilidade;
- ASIA E = normal: Função motora e sensitiva normal.

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ DATA NASCIMENTO: _____ DATA DO EXAME: _____
 REGISTRO HOSPITAL: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ DATA DA FRATURA: _____ TEMPO FRATURA: _____
 MECANISMO DE TRAUMA (ACIDENTE): _____ LESÕES ASSOCIADAS: _____
 VÉRTEBRAS FRATURADAS: _____ CLASSIFICAÇÃO AO: _____ CLASSIFICAÇÃO TLICS: _____
 CONDUTA: _____

PADRONIZAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DA LESÃO MEDULAR

MOTOR MUSCULO-CHAVE		TOQUE LEVE		AGULHA		SENSITIVO PONTO-CHAVE DA SENSIBILIDADE	
D	E	D	E	D	E	D	E
C2							
C3							
C4							
C5							
C6							
C7							
C8							
T1							
T2							
T3							
T4							
T5							
T6							
T7							
T8							
T9							
T10							
T11							
T12							
L1							
L2							
L3							
L4							
L5							
S1							
S2							
S3							
S4-5							

LEGENDA:
 0 = AUSENTE
 1 = COMPROMETIDO
 2 = NORMAL
 NT = NÃO TESTÁVEL

INDICADORES:
 Paralisia total
 Contração visível ou palpável
 Movimento ativo sem oposição da força da gravidade
 Movimento ativo contra força da gravidade
 Movimento ativo contra alguma resistência
 Movimento ativo contra grande resistência
 Não testável

INDICADORES SENSITIVOS:
 Qualquer sensibilidade anal (ânus)
 Índice estimulação com agulha
 Índice estimulação com toque leve

TOTAIS: (MÁXIMO) (50) (50) (100) = **ÍNDICE MOTOR**

TOTAIS: (MÁXIMO) (56) (56) (56) (56) = **ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM AGULHA**
 (MÁXIMO) (56) (56) (56) (56) = **ÍNDICE ESTIMULAÇÃO COM TOQUE LEVE**

NÍVEIS NEUROLÓGICOS: Última(s) segmento(s) com função normal

ESCALA DE DEFICIÊNCIA/ASIA: COMPLETA OU INCOMPLETA? INCOMPLETA (presença de qualquer função sensitiva ou motor em S4-S5)

ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL: Segmentos parciais preservados

SENSITIVO MOTOR: D E

Examinador: _____

Trauma Raquimedular

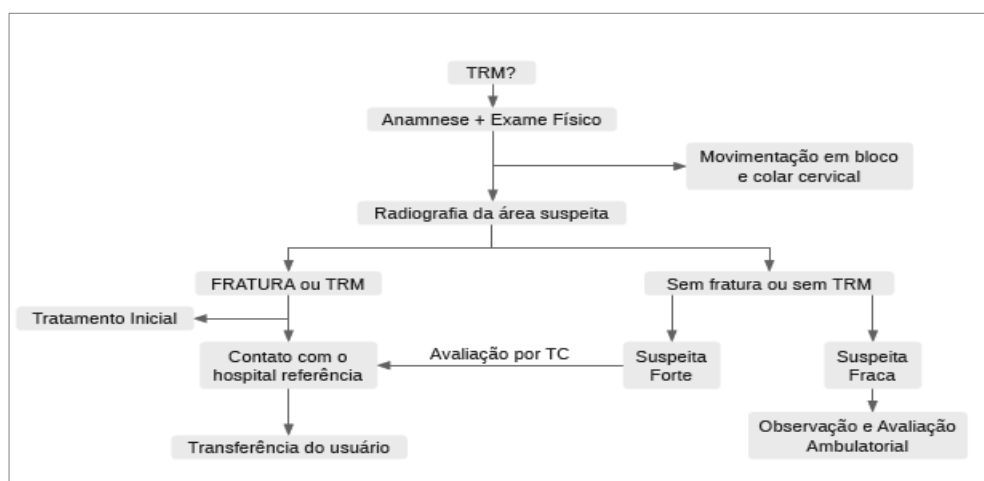
2.26.3 Avaliação Radiológica / Apresentação Clínica Inicial

1. Paraplegia ou tetraplegia – evidência presuntiva = RX coluna total;
2. Alerta, sóbrio, sem déficit, sem dor no pescoço na linha média:
 - Retire o colar, palpe a coluna, movimento voluntário e sem dor = Não é necessário radiografia.
3. Alerta, sóbrio, sem déficit, cooperativos e com dor na coluna = RX da área suspeita:
 - Coluna cervical = Normal – retira o colar radiografia em flexão e extensão – normal = alta sem colar;
 - Coluna torácica e lombar = Normal – libera movimentação;
 - RX normais e forte suspeita clínica = encaminhar para estudo tomográfico.
4. Alteração do nível de consciência, não informa bem (crianças), suspeita forte com RX normal = TC;
5. Lesão importante de partes moles e espasmos dolorosos da musculatura vertebral = colar semi-rígido duas semanas;
6. Quando em dúvida, mantenha o colar.

2.26.4 Tratamento Inicial

1. Prevenir a Piora Neurológica;
2. Garantir oxigenação;

- 100% de saturação de O₂.
3. Manutenção da pressão arterial sistólica acima de 90 mmHg:
- Suporte cardiopulmonar agressivo;
 - Uso de aminas vasoativas e expansores plasmáticos;
 - Diagnóstico e Tratamento de hemorragias;
 - Monitorização de pressão arterial para todos os pacientes com TRM;
4. Reconhecimento e Tratamento do choque neurogênico (diferenciando do choque hipovolêmico):
- Infusão de líquidos endovenosos;
 - Hipotensão após 2 l SF 0,9% e sem hemorragia ativa = Choque Neurogênico.
5. Medicamentos:
- Metilprednisolona; Opção Terapêutica, avaliar caso a caso;
 - Contra-indicado em crianças, gestantes e lesão penetrante.
 - Até 8 horas pós-trauma:
 - 30 mg/kg nos primeiros 15'
 - 5,4 mg/kg por hora
 - Até 3 horas = 24 horas
 - De 3 a 8 horas = 48 horas



2.27 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÕES LIGAMENTARES DO JOELHO

2.27.1 Introdução

As lesões multiligamentares são lesões associadas a trauma de alta energia. A lesão ligamentar do joelho com 3 ou mais ligamentos acometidos é considerada como uma luxação de joelho em que houve redução espontânea no momento do trauma, 30% a 40% dos casos, e deve ser tratado com protocolo adequado.

2.27.2 Diagnóstico

O Diagnóstico da lesão é proporcionado, na maioria das vezes, pela história e exames físicos realizados de forma adequada. Geralmente, se tem uma história de trauma bem estabelecida, seguido de derrame articular imediato ou nas 24 horas iniciais. Nas lesões mais complexas pode-se encontrar a ausência de derrame articular com edema e equimose ao nível de joelho e perna.

A sensação de “estalo” e derrame articular com aspecto de hemartrose é mais frequente nas lesões do LCA. As lesões do LCP isoladas não determinam derrames volumosos e muitas vezes o paciente consegue deambular.

Sempre realizar avaliação neurovascular principalmente nas lesões mais complexas. A lesão do nervo fibular pode ocorrer em 30% nas lesões do complexo postero-lateral. Nas lesões multiligamentares a avaliação vascular deve ser criteriosa com indicação de observação deste paciente por 72 h do momento do trauma.

2.27.3 Testes Específicos

Testes para LCA:

Instabilidade aguda: Teste de Lachman e teste da gaveta anterior.

Instabilidade crônica: Teste de pivot switch e o jerk test.

Testes para LCP:

Gaveta posterior, teste de Godfrey, quadríceps test, sinal da sela

Testes para lesões laterais:

Testes recurvatum, rotação externa do joelho a 30° maior que 15°, stress em valgo a 0 e 30°

Testes para lesões mediais:

Stress em valgo a 0 e 30°

2.27.4 Classificação (SCHENCK)

KD-I – Um ligamento cruzado e mais um colateral lesados;

KD-II – Lesão de ambos os ligamentos cruzados;

KD-III – Lesão completa do pivô mais lesão de um grupo periférico;

KD-IIIL – Lesão do pivô completo mais lesão do colateral lateral (LCL);

KD-IIIM – Lesão do pivô completo mais lesão do ligamento colateral medial (LCM);

KD-IV – Lesão dos quatro grupos ligamentares;

KD-V – Fratura-luxação;

KD- C – Lesão vascular;

KD- N – Lesão neurológica;

2.27.3 Exames Complementares

RX série trauma com antero-posterior e perfil.

A TC e a RNM têm papel complementar no Tratamento destas lesões.

A avaliação vascular, pelo exame clínico no momento do trauma é o mais importante. O índice tornozelo-braço e o uso de Doppler são medidas úteis na avaliação mais apurada de uma possível lesão vascular e exigem profissionais habilitados para tal avaliação.

2.27.4 Tratamento

O Tratamento das lesões ligamentares do joelho é assunto complexo e que gera discussões com relação ao Tratamento ideal. O Tratamento deve ser individualizado, considerando-se: idade, padrão da lesão ligamentar, lesões associadas, comorbidades e tempo da lesão.

Lesão isolada de LCA

O Tratamento conservador pode ser adotado em pacientes com idades mais avançadas, com pouca atividade física ou que não pretendem retornar a ela e em lesões parciais. O Tratamento cirúrgico é mais aceito na instabilidade anterior do joelho, principalmente em pacientes jovens e com alta demanda funcional do joelho.

Lesão isolada do LCP

O Tratamento conservador da lesão do LCP isolada é, na maioria das vezes, resolutive. A indicação de cirurgia na forma isolada é na fratura-avulsão do LCP, principalmente quando há grande instabilidade e ou fragmento grande e desviado. Fratura sem desvio e em lesões isoladas com pouca instabilidade posterior pode ser tratado com imobilização em extensão por 6 semanas e reabilitação precoce fisioterápica com ganho de amplitude de movimento (adm) com anteriorização da tibia. Fortalecimento quadríceps após adequado ganho de adm.

Lesão do LCM

As lesões do LCM podem ser isoladas ou frequentemente associadas a lesão do LCA. São divididas em 3 graus:

- Grau I – Estiramento de suas fibras, com ruptura em geral de até um terço de suas fibras, abertura medial até 5 mm;
- Grau II – Ruptura parcial com até metade de suas fibras rompidas, abertura medial de até 10 mm ;
- Grau III – Ruptura completa – mais de 50% de suas fibras rompidas, abertura medial maior que 10 mm.

Nos Graus I e II, as medidas analgésicas (Protocolo PRICE) são as mais aceitas.

Protocolo PRICE:

P – proteção;

R – repouso;

I – gelo. Geralmente por 2 a 3 semanas de Tratamento;

C – compressão após punção;

E – exercícios isométricos.

Nas lesões de Grau III sem evidência de instabilidade rotatória, ou seja, lesão de cápsula postero-medial ou lesões de pivot, pode ser feito o Tratamento conservador com imobilização por no mínimo 4 semanas em extensão e protocolo PRICE associado.

Lesão do LCL e Canto póstero-lateral

As lesões do complexo lateral isolada são raras, assim como lesão isolada apenas do LCL. Sua estrutura anatômica complexa e sua frequente associação à ruptura de LCP e LCA, determinam, na maioria das vezes, o Tratamento cirúrgico. A fratura-avulsão da cabeça da fíbula é uma indicação de cirurgia para reinserção do LCL.

Lesões multiligamentares

Há consenso de que nestes tipos de injúria do joelho, nas quais as estruturas periféricas posteromediais e posterolaterais estão acometidas, devem ser tratadas de forma urgente num prazo de até 3 semanas.

Complexo posterolateral e LCP acometidos

A conduta mais aceita é o reparo cirúrgico periférico das estruturas laterais em até 3 semanas e reconstrução do LCP.

Canto postero-lateral, LCP e LCA acometidos

A conduta mais aceita é o reparo cirúrgico periférico das estruturas laterais em até 3 semanas e reconstrução do LCP.

Canto postero-medial, LCA e LCP acometidos

A conduta mais aceita é o reparo cirúrgico periférico das estruturas mediais em até 3 semanas e reconstrução do LCP.

Luxação de joelho

A redução incruenta geralmente é possível. Após uma redução de luxação do joelho em que se mantenha ausência de pulsos, a exploração cirúrgica é sempre indicada.

Os pacientes com pulsos presentes e boa perfusão periférica, devem ser sempre observados por 72 h, pois o traumatismo de artéria poplíteia em sua camada íntima pode evoluir com obstrução tardia. Neste caso a arteriografia tem o seu papel mais importante, para se determinar o nível de obstrução, sua localização e assim, programar um Tratamento adequado para a lesão.

2.28 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DA PATELA

2.28.1 Introdução

A patela é o maior osso sesamoide do corpo humano e tem a função de aumentar a eficiência do mecanismo extensor. 8% da população apresenta patela bipartida que, em geral é bilateral, com fragmento no aspecto súpero-lateral da patela. Pode ser Diagnóstico diferencial com fraturas patelares.

2.28.2 Diagnóstico

Dor, edema, diminuição de força, gap local. Associado a derrame articular (hemartrose), a não ser que ocorra grande lesão retinacular, com Impossibilidade ou não para elevar a perna estendida.

Se a dor impede extensão ativa: aspiração articular + injeção de lidocaína. Em caso de suspeita de fratura exposta, realiza-se a aspiração articular + injeção de 50 ml solução salina através da punção; caso a solução extravase pela lesão, confirma-se a fratura exposta.

2.28.3 Exames Complementares

Solicitar RX de joelho na incidência AP, perfil e axial de patela. A TC é indicada para as fraturas ocultas, fraturas osteocondrais, pseudoartrose, fraturas por estresse.

2.28.4 Classificação

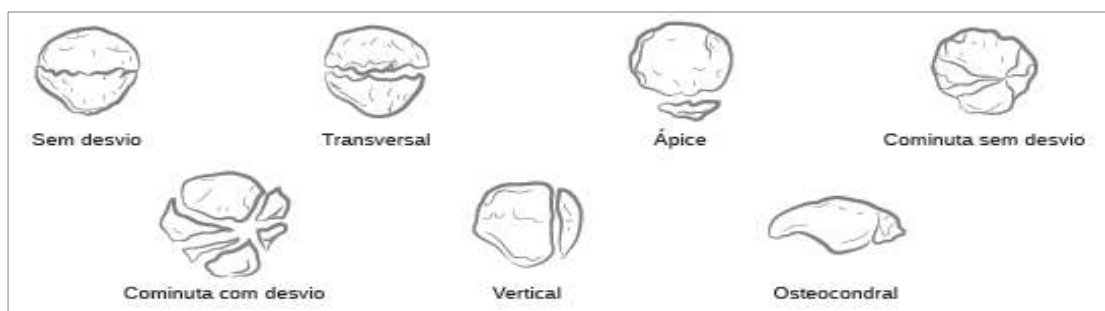
- Classificação AO – Patela – 34

Tipo A: Extra-articular, mecanismo extensor rompido;

Tipo B: Parcial articular, mecanismo extensor intacto;

Tipo C: Articular completa, mecanismo extensor rompido.

- Descritiva – com ou sem desvio; transversa, longitudinal, estrelada, marginal, polar, osteocondral.



2.28.5 Tratamento

- Fraturas sem desvio e com mecanismo extensor intacto são de Tratamento conservador, com tala em extensão por 4 a 6 semanas, com apoio com muletas. Exercícios isométricos para o quadríceps após alguns dias;
- Fraturas verticais ou marginais sem desvio podem ser tratadas sem imobilização, apenas com mudanças de atividades por 3 a 6 semanas;
- Fraturas desviadas (desvio articular maior que 2 mm ou desvio entre os fragmentos maior que 3 mm), fraturas com ruptura do mecanismo extensor, fraturas cominuídas com fragmentação da superfície articular, fraturas expostas e fraturas osteocondrais com corpos livres devem ser tratadas cirurgicamente.

2.29 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÃO MENISCAL

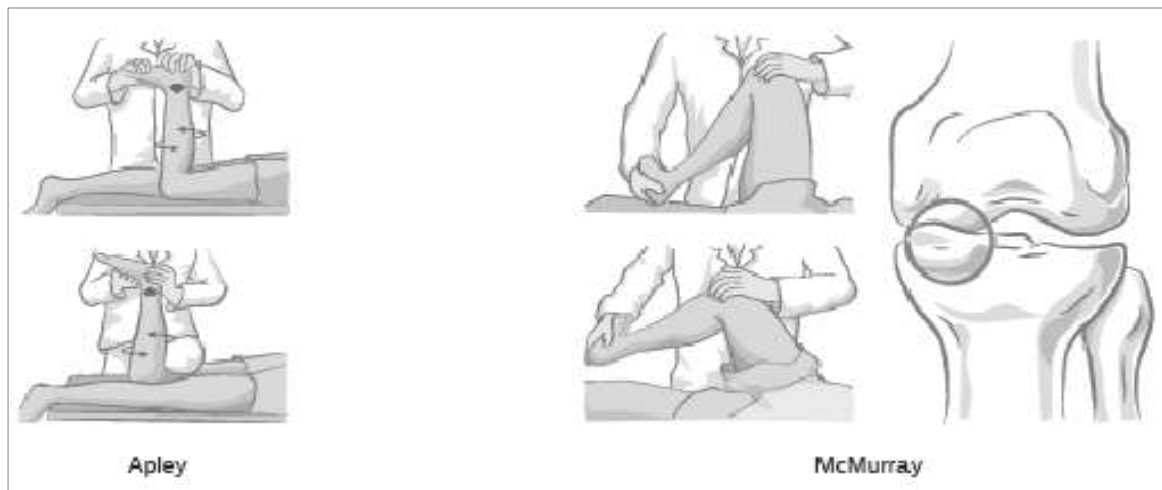
2.29.1 Introdução

Os meniscos têm as funções de estabilização articular, reduzir o estresse sobre a tíbia e o fêmur, e nutrir a articulação. O mecanismo de lesão é torção sob compressão, com o joelho fletido.

2.29.2 Diagnóstico

Dor localizada na interlinha articular, associada a derrame articular leve a moderado, mais tardio em relação ao trauma. Pode ocasionar bloqueio articular (lesão em alça de balde). E o paciente queixa de sensação de falseio, que o joelho que sai do lugar.

2.29.3 Testes Específicos



2.29.4 Exames Complementares

Solicitar RX de joelho AP, perfil e axial de patela.

RNM: muito útil para avaliar lesões ligamentares e condrais associadas, definir o tipo de lesão meniscal. Exame caro, ainda não disponível amplamente.

2.29.5 Tratamento

- Na decisão terapêutica, devemos considerar a idade do paciente, o tempo de lesão, tipo e localização vascular da lesão, a presença ou não de artrose ou de lesões ligamentares associadas;
- O Tratamento conservador está indicado em pacientes com sintomas infrequentes e mínimos, através de reabilitação e limitação de atividades;
- Após a melhora da dor e do derrame, o ponto fundamental do Tratamento conservador é a restauração do tônus muscular;
- Tratamento não cirúrgico: imobilização por 4 a 6 semanas com apoio parcial, com exercícios isométricos para quadríceps assim que tolerado. Após a imobilização, intensificam-se os exercícios de fortalecimento muscular para o joelho e quadril;
- Pacientes idosos, com lesões meniscais associadas a alterações artríticas ao RX pré-operatório apresentam resultados menos satisfatórios com o Tratamento cirúrgico;

- Lesão aguda com histórico sintomático importante (bloqueios articulares, falseios) não tem boa resposta com o Tratamento conservador;
- Lesões em alça de balde com bloqueio articular devem ser tratadas cirurgicamente;
- Evitar tentativas repetidas de redução da lesão, evitando-se o agravamento do quadro e o surgimento de lesões condrais associadas pela manipulação excessiva;
- O Tratamento cirúrgico pode envolver diversas técnicas, como a meniscectomia parcial, sutura da lesão ou apenas debridamento da mesma, de acordo com o tipo de lesão.

2.30 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÃO DO TENDÃO QUADRÍCEPS

2.30.1 Introdução

Geralmente relacionadas a patologias prévias do tendão (tendinites, na maioria) ou doenças sistêmicas relacionadas. 88% dos casos em pacientes com mais de 40 anos.

2.30.2 Diagnóstico

Dor aguda, podendo estar relacionada a história de “estalo” audível associada a incapacidade para andar e para extensão ativa do joelho, se lesão for total. Ao exame físico: gap palpável e doloroso, edema, equimose, incapacidade ou dificuldade para estender a perna. Teste da extensão ativa do joelho; coloca-se uma almofada sob o joelho e pede-se ao paciente que execute a extensão da perna contra resistência.

2.30.3 Exames Complementares

RX do joelho: AP, perfil (sinal da patela baixa e sinal do dente) e axial de patela US podem demonstrar área hipoecogênica na área da lesão (examinador dependente).

2.30.4 Classificação

- Tempo de evolução: aguda X crônica (> 6 semanas de evolução);
- Quanto ao grau: completa X parcial.

2.30.5 Tratamento

Tratamento conservador: Indicado apenas para lesões parciais com retináculos íntegros. Imobilização do joelho em extensão por 4 a 6 semanas, com apoio conforme tolerado. Término da imobilização definido pela elevação da perna estendida sem que haja dor. Proteger a cicatrização parcial com órtese após retirada da imobilização e instituir reforço excêntrico para fortalecimento;

Tratamento cirúrgico: Lesão total, com defeito palpável e incapacidade para elevar a perna estendida é indicação para o Tratamento cirúrgico. Colocar tala em extensão.

2.31 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR

2.31.1 Introdução

Pode ocorrer desde a sua origem, no ápice da patela, até em sua inserção na Tuberosidade anterior da tíbia, o principal sítio é na origem (avulsão do polo inferior da patela), mais comum em pacientes abaixo de 40 anos, esportistas. Lesões bilaterais ou em pacientes acima dos 40 anos são indícios da presença de doenças sistêmicas, como DM ou LES, além de alertar para a possibilidade de ruptura no terço médio do tendão.

2.31.2 Diagnóstico

- Violenta contração excêntrica do mecanismo extensor;
- Dor intensa, edema local, impossibilidade para caminhar;
- Gap doloroso e incapacidade para elevar a perna estendida indicam lesão total;
- Em caso de lesão parcial, a elevação da perna estendida pode ser possível.

2.31.3 Exames Complementares

- RX: AP, perfil e axial de patela.
- Teste da extensão ativa do joelho – essencial na decisão de Tratamento cirúrgico ou não.

2.31.4 Classificação

- Tempo de evolução: aguda X crônica (> 6 semanas de evolução);
- Quanto ao grau: completa X parcial.

2.31.5 Tratamento

- Lesões parciais – conservador, com imobilização do joelho em extensão por 4 a 6 semanas;
- Lesões completas (maior parte) são de Tratamento cirúrgico;
- Lesões crônicas devem ser tratadas cirurgicamente, mas apresentam resultados menos satisfatórios.

2.32 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LUXAÇÃO DA PATELA

2.32.1 Introdução

A patela corresponde ao maior osso sesamoide do organismo e ela importante papel na biomecânica do mecanismo extensor do joelho;

Diversas forças incidem sobre a patela e um complexo sistema de estabilizadores estáticos e dinâmicos estão envolvidos em seu funcionamento;

Estabilizadores estáticos: conformação óssea da tróclea e da patela e ligamentos, sendo o mais importante retentor da lateralização da patela o ligamento patelofemural medial;

Algumas anomalias podem estar associadas, como o aumento do ângulo Q, rotação externa excessiva da tíbia, genuvalgo, patela alta, displasia da tróclea, atrofia muscular do Músculo Vasto Medial.

2.32.2 Diagnóstico

- Indireto: Lesão rotacional associada com contração do Músculo Quadríceps. Joelho valgo e perna em rotação externa podem aumentar a suscetibilidade;
- Direto: golpes tangenciais diretos sobre a patela (mais raramente);
- Dor, incapacidade funcional e derrame articular imediato;
- Histórico de trauma com torção do joelho, sensação de que o joelho “saiu do lugar”;
- Dor e edema na face medial da patela;
- Redução geralmente espontânea ou após extensão passiva do joelho;
- Bloqueio articular em caso de fragmentos osteocondrais;

- Luxação recorrente: quadro clínico menos sintomático.

2.32.3 Exames Complementares

- RX: AP, perfil, axial de patela;
- TC: útil para avaliar presença de fragmentos osteocondrais. Não é necessária a rotina na urgência. Muito útil, nos casos recorrentes na programação eletiva do Tratamento (ambulatorial). RNM: avaliação de lesões associadas, lesões condrais. Caro e de difícil acesso, indicação na urgência limitada.

2.32.4 Classificação

- Mecanismo de trauma: direto ou indireto;
- Situação clínica: luxação aguda (primoluxação), luxação recorrente e luxação crônica.

2.32.5 Tratamento

- Luxação aguda (primoluxação): a redução geralmente é espontânea, mas deve-se avaliar a integridade do mecanismo extensor. Imobilização em extensão por 4 a 6 semanas, com instituição precoce de exercícios para reforço muscular e ADM;
- Punção articular, em caso de derrame importante. Útil para o alívio da dor e também como auxílio no Diagnóstico. No caso de hemartrose com presença de gotículas de gordura, suspeitar de presença de fratura osteocondral intra-articular;
- O Tratamento conservador deve ser aplicado inicialmente, com os objetivos de preservação da força do quadríceps, reabilitação da função do joelho e controle da dor e do edema/derrame;
- O Tratamento cirúrgico da luxação aguda está indicado em caso de presença de fragmento osteocondral intra-articular;
- Pacientes com luxação recidivante da patela devem ser abordados na urgência com as medidas acima, porém orientados e encaminhados a adequado Tratamento subsequente ambulatorial (avaliação ortopédica e reabilitação fisioterápica). Em caso de falha do Tratamento conservador, indica-se Tratamento cirúrgico eletivo.

2.33 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO PLATO TIBIAL

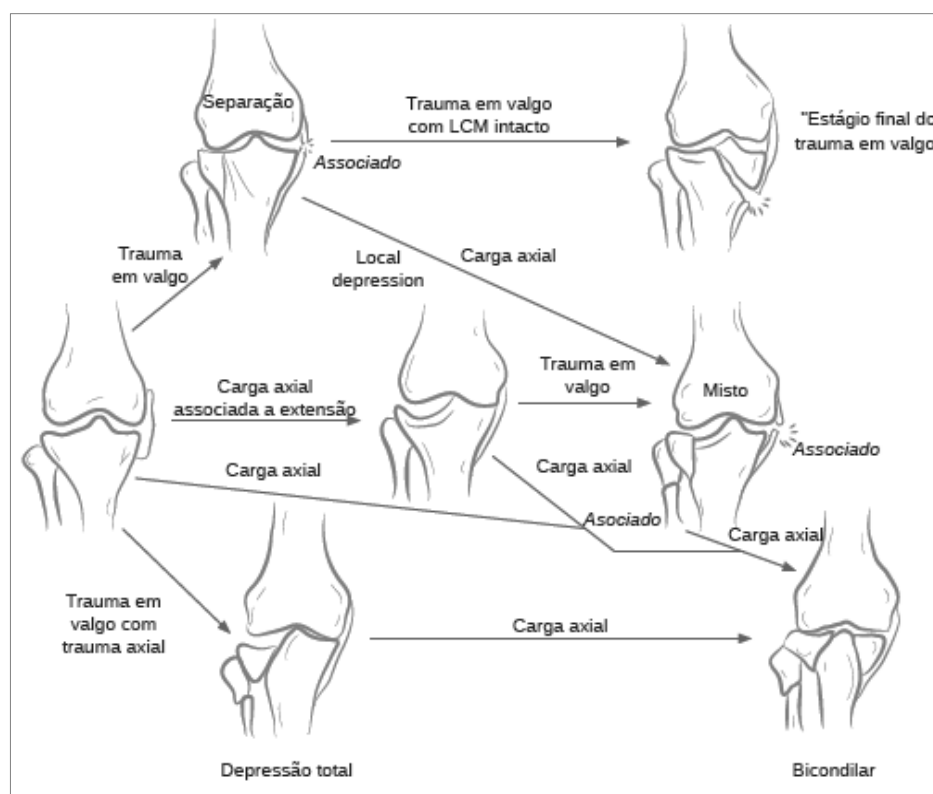
2.33.1 Introdução

As fraturas do planalto tibial correspondem a 1% de todas as fraturas, correspondendo, nos pacientes com idade acima de 70 anos, a cerca de 8%. As fraturas expostas estão presentes em cerca de 3%. As lesões ligamentares podem chegar a 70% e meniscais, a 25%.

2.33.2 Diagnóstico

- Trauma direto: alta energia, grandes lesões de partes moles;
- Traumas de menor energia em idosos com osteopenia.

Este organograma abaixo demonstra bem os padrões típicos de mecanismo de lesão.



2.33.3 Quadro Clínico

- História de trauma com o paciente com dor local que impede deambulação, edema, crepitação e derrame articular;
- Avaliar sempre o estado circulatório e neurológico do membro;
- Complicações e lesões associadas;
- Lesão Neurológica e vascular;

- TVP;
- Acometimento de partes moles.

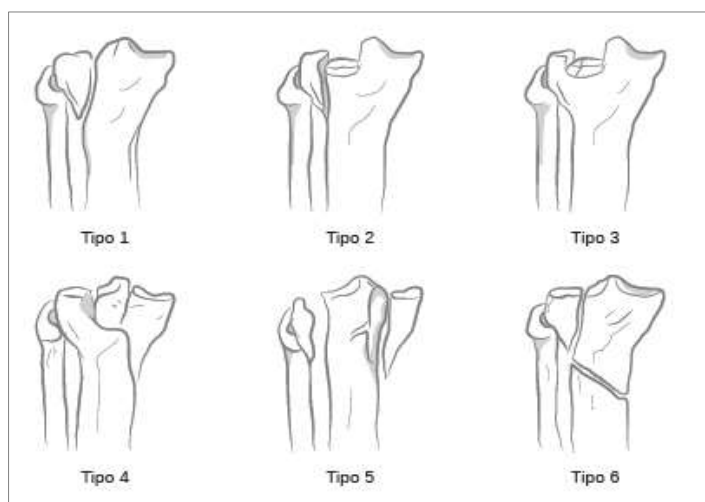
2.33.4 Exames Complementares

O raio-x deve ser feito nas incidências antero-lateral (AP), lateral e oblíquas. O raio-x com AP com 10-15° de inclinação caudal era muito realizado para melhor visualização do grau de afundamento articular, mas com o advento da TC, tem sido cada vez menos usado.

A radiografia, muitas vezes, subestima a gravidade da lesão. A TC é um exame que auxilia bem na avaliação do tipo de fratura e do grau de afundamento articular

A RNM tem seu papel na investigação de lesões ligamentares associadas.

2.33.5 Classificação



- Tipo 1 – Cisalhamento lateral. Comum em pacientes jovens. Pode ser tratado com fixação percutânea por parafusos paralelos;
- Tipo 2 – Cisalhamento e depressão articular. Tende a ocorrer em idosos. Se depressão maior que 5 a 8 mm deve ser tratada com redução aberta, ou indireta com uso de artroscopia, com elevação da depressão articular e enxertia óssea na metáfise;
- Tipo 3 – Depressão central isolada. Cortical lateral intacta. Mais comum em osso osteoporótico. Se depressão articular severa ou instabilidade deve ser tratado com elevação de fragmentos articulares, enxertia óssea e placa de sustentação lateral;

- Tipo 4 – Fratura cômulo medial. Pode ser arrancamento, traço simples, cominuição ou depressão. Pode envolver as espinhas tibiais. Tende a angular em VARO e deve ser tratado com redução aberta e fixação com placa de sustentação medial;
- Tipo 5 – Fratura bicondilar. Mantém continuidade entre metáfise e diáfise. Os cômilos podem ser fixados com placa de sustentação ou parafusos. Pode-se realizar apenas a fixação do cômulo mais cominuído e o outro é reduzido por ligamentotaxia ou por técnicas percutâneas. Placa bilateral pode evoluir com grande chance de infecção. Placa de suporte medial é sempre realizada;
- Tipo 6 – Fratura do plateau com dissociação entre metáfise e diáfise. Fratura transversa ou oblíqua da tibia proximal está presente em associação com fratura de um ou ambos cômilos e superfície articular. Esta, em geral, se associa com grave acometimento de partes moles e a fixação híbrida pode ser utilizada.

2.33.6 Tratamento

Restaurar congruência articular, alinhamento axial, estabilidade articular e movimentação precoce nos casos em que indicar cirurgia. No Tratamento cirúrgico, a fixação deve ser estável o suficiente para permitir movimentação precoce.

Com relação ao grau de afundamento articular, a indicação do Tratamento é individualizada conforme abaixo:

- Degrau articular maior que 10 mm – Critério para cirurgia;
- Degrau articular até 5 mm – Tratamento conservador;
- Degrau ente 5 a 8 mm – Depende da idade e da demanda de atividades para o joelho.

Os critérios indiscutíveis para cirurgia são as fraturas expostas, lesão vascular, de grau articular > 10 mm e instabilidade varo ou valgo de pelo menos 10° com joelho fletido a 20°.

O Tratamento conservador pode ser realizado com gesso inguino-podalico ou inguino-maleolar por no mínimo 6 semanas e início de apoio com 6 a 8 semanas.

Uma vez indicado o Tratamento cirúrgico, deve-se aguardar boas condições de partes moles e um planejamento do melhor método de osteossíntese.

Deve-se sempre ter como princípios o uso de placas de suporte em platô medial e uso de enxerto, quando necessários.

Fixação híbrida com uso de osteossíntese com fixação interna e fixador externo pode ser usado em traumas com grave acometimento de partes moles. Fixação percutânea com parafusos é uma boa opção para as fraturas do platô lateral.

Técnicas de fixação com uso de artroscopia nas fraturas mais simples, principalmente do platô lateral, tem sido cada vez mais usadas. Essa técnica permite visualização direta da articulação durante a redução da fratura. Não deve ser usada em fraturas complexas pela possibilidade de síndrome compartimental.

Hoje também têm-se placas LCP (locking compression plate) e LISS (Less invasive stabilization system) que possibilitam uma menor agressão de partes moles e melhor fixação do implante.

2.34 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

2.34.1 Introdução

Nos dias de hoje, existem defensores do Tratamento com gessos ou órteses funcionais, por redução cirúrgica e fixação interna com placas e parafusos ou hastes intramedulares, fechadas ou não, ou com fixação externa.

O melhor Tratamento é definido pela morfologia da fratura, a soma de energia recebida pela extremidade, as características mecânicas do osso, a idade e as condições gerais do paciente e, o mais importante, a condição de partes moles: pele, músculos e estruturas neurovasculares da perna.

2.34.2 Diagnóstico

Dor e deformidade em perna, associada a descarga de peso.

2.34.3 Exames Complementares

A avaliação radiográfica é realizada através das incidências AP e Perfil da perna, com visualização do joelho e tornozelo.

2.34.4 Tratamento

Geralmente, pressupõe-se que, independente do Tratamento selecionado para as fraturas dos ossos da perna, a fíbula irá se consolidar antes da tíbia, as custas do seu melhor suprimento vascular e sua boa cobertura de partes moles. Ocasionalmente, esta consolidação da fíbula fornece o realinhamento e a restauração de comprimento da tíbia.

Independente do Tratamento escolhido, a mais importante consideração é a redução aceitável.

Os critérios para a redução aceitável incluem alinhamento, rotação, comprimento, posição e nível de atividade preexistente do paciente e suas condições médicas gerais. A redução aceitável, então, implica numa posição dos fragmentos de fratura que minimiza os desvios angulares, rotacionais e perdas de comprimento, do que é considerado normal para o paciente. Uma consolidação viciosa influenciará sobre a marcha e sobrecarga sobre as articulações do joelho e tornozelo.

Estabelecemos uma consolidação aceitável com 5 graus de angulação em varo ou valgo 10 graus de angulação anterior e posterior, 10 graus ou menos de rotação e um centímetro para discrepância de comprimento, sem nenhuma distração, pois 5 mm de distração podem aumentar o tempo de consolidação até 12 meses.

O guia clínico usado para redução e alinhamento é a espinha íliaca antero superior com o meio da patela e segundo artelho no plano antero posterior.

O Tratamento fechado é feito com aplicação de gesso inguinopodálico, e descarga de peso, o gesso inicial será aplicado com 20 a 40 graus de flexão do joelho para se controlar a rotação, ou 0 a 5 graus de flexão caso possa liberar descarga precoce do peso normalmente entre 2 e 4 semanas, com a regressão do edema mudamos para um gesso de apoio no tendão patelar ou órtese defendida por Sarmiento. O apoio do peso continua até a consolidação clínica e radiológica.

O Tratamento de fraturas em metáfise proximais em galho verde ou sem desvio em crianças são tratadas como regra com gesso inguinopodálico por 3 a 5 semanas dependendo da idade do paciente com flexão do joelho de 15 graus.

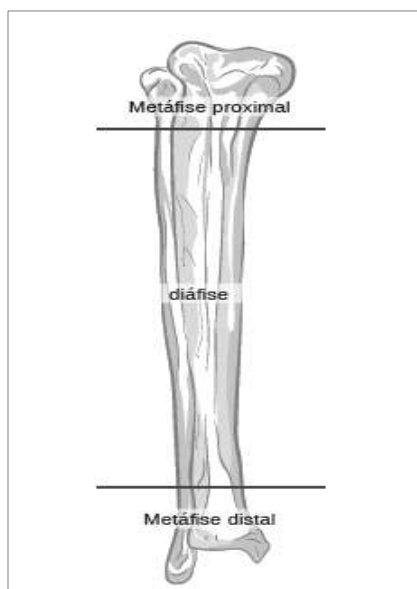
Em fraturas em galhos verdes anguladas ou com desvio de metáfise proximal, deve ser realizada redução incruenta seguida de gesso inguinopodálico por 4 a 6

semanas de preferência com anestesia geral. Caso não conseguida redução, deve ser realizado redução aberta fixada com fios de kirschener e imobilização gessada por 45 a 60 dias.

Nas fraturas diafisárias da criança de ambos os ossos da perna não devemos aceitar contatos ósseos menores de 50 % e angulações acima de 5 graus de valgo ou varo. Caso não apresente edema importante que justifique o uso de tala inicialmente, o tratamento definitivo deve ser com gesso inguinopodálico com 15 graus de flexão do joelho por 30 dias, seguido de gesso para apoio de Sarmiento por mais 30 dias.

As fraturas dos ossos da perna em criança que necessitam Tratamento cirúrgico são: fraturas instáveis, fraturas cominutivas extensas, politraumatizados (traumas cefaloespinhal, torácicos ou abdominais, fraturas expostas com lesão neurológica ou vascular.

Nas fraturas metafisárias distais, os desvios são geralmente em recurvato ou laterais, o tratamento com imobilização de 30 a 45 dias, dependendo da idade do paciente, com gesso curto ou longo, dependendo da instabilidade da fratura, quando o recurvato é acentuado, o pé é mantido em flexão plantar por 3 semanas e depois colocado em posição neutra.



2.35 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURAS DO PILÃO TIBIAL

2.35.1 Introdução

As fraturas do pilão tibial envolvem a superfície articular de carga da tíbia distal, a metáfise adjacente, ou ambas as regiões.

Representam 5-10% das fraturas da tíbia e 1% das fraturas da extremidade inferior.

Distingue-se da fratura trimaleolar do tornozelo pela presença da fragmentação da metáfise, não tendo a porção articular continuidade com o fragmento proximal da tíbia.

Podem estar associadas a fraturas de vértebras lombares e outras fraturas do membro inferior, como tálus, calcâneo, platô tibial e colo do fêmur.

2.35.2 Diagnóstico

Resultam geralmente de trauma de alta energia com carga axial, ou ainda trauma de baixa energia com componente rotacional ou de cisalhamento.

O principal componente é o impacto do tálus verticalmente contra a superfície articular distal da tíbia.

A posição do pé no momento do trauma determina o tipo de fratura se plantígrado, depressão central; dorsiflexão, depressão anterior; flexão plantar, depressão posterior.

Dor intensa, grande edema e acometimento importante do envelope de partes moles, com flictenas serosas e/ou hemorrágicas (estas últimas remetem a maior energia de trauma).

Flictenas: não há consenso sobre o tratamento. Se hemáticas, preferir rompê-las e realizar curativos com sulfadiazina de prata. Se serosas, manter curativo acolchoado, permitindo que sequem espontaneamente.

Muita atenção quanto ao risco aumentado de síndrome compartimental na perna após esse tipo de lesão.

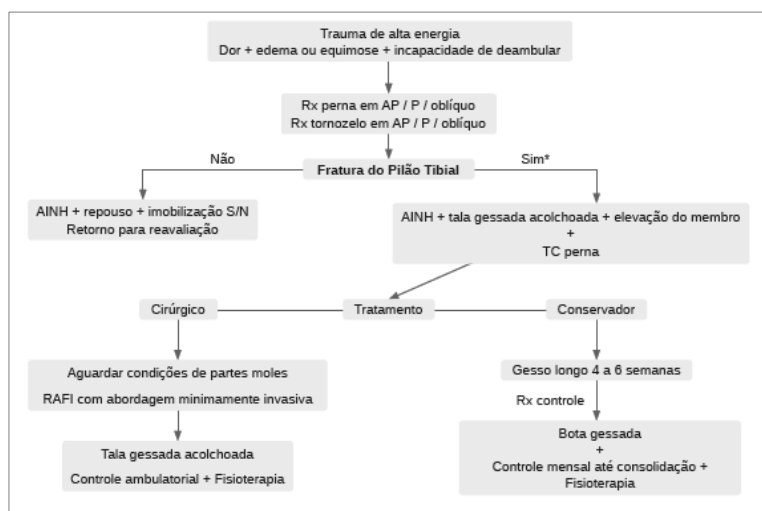
2.35.3 Exames Complementares

- RX do tornozelo em AP, perfil e AP com 20° de rotação interna, e da perna em AP e perfil, incluindo o joelho. RX oblíquas da perna para avaliação do comprometimento articular;
- Na ausência de TC, exames radiográficos sob tração podem auxiliar no melhor conhecimento da fratura, sendo necessária anestesia/analgesia para conforto do paciente;
- TC: padrão-ouro para avaliação da configuração da lesão, cominuição intra-articular, desvio, impactação dos fragmentos, contribuindo definitivamente na programação cirúrgica.

2.35.4 Tratamento

- Fraturas sem desvio extra-articulares e pacientes sem condições clínicas para o Tratamento cirúrgico – Tratamento conservador. Utiliza-se gesso inguinopodálico por 4 a 6 semanas, e a seguir bota gessada por 4 semanas, ou até consolidação.
- Tratamento cirúrgico: Essencial aguardar melhora das condições de partes moles (7 até 14 dias) para o procedimento cirúrgico. As osteossínteses minimamente invasivas devem ser as de escolha, devido à menor dissecação de partes moles, diminuindo o risco de infecção e/ou retardo de consolidação.

Fluxograma



* Se solução de continuidade abordar como Fratura Exposta - Vide protocolo de Fratura Exposta.

2.36 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ENTORSE DE TORNOZELO

2.36.1 Introdução

A lesão ligamentar lateral do tornozelo é a lesão mais comum do esporte, sendo responsável por mais de 32% das lesões no futebol. Os dois principais mecanismos de lesão são os traumas em inversão, flexão plantar ou rotação interna, que causam a lesão do complexo ligamentar lateral – LTFA, LFC e LTFP. As lesões ligamentares mediais isoladas são raras, mas tipicamente acontecem associadas às lesões laterais, fraturas de fíbula ou de sindesmose, sendo o mecanismo mais comum os traumas em eversão, que lesam o ligamento deltoide.

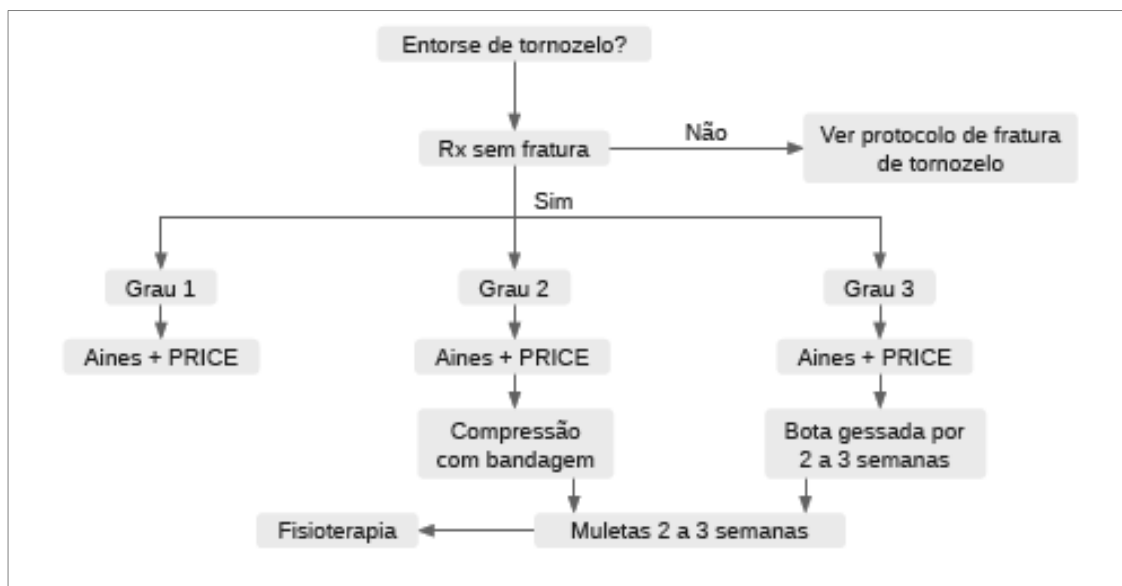
2.36.2 Diagnóstico

- Estalido quando ocorre a torção;
- Edema e dor acontecem imediatamente após o trauma;
- Pacientes com rupturas completas ou de pelo menos 2 ligamentos laterais apresentam dificuldade de deambular;
- Pacientes com lesão medial geralmente sofrem um trauma de maior energia, acometendo também estruturas laterais;
- Limitação de ADM em dorsiflexão, flexão plantar e inversão;
- Exacerbação da dor com stress em varo e anterior (lesão lateral) e com stress em eversão (lesão medial);
- Diagnóstico diferencial: fratura do tornozelo, lesão da sindesmose, lesão dos fibulares.

2.36.3 Exames Complementares

- RX do tornozelo: AP, perfil e AP com 20° de rotação interna - padrão-ouro para se afastar fraturas;
- RX em AP do tornozelo com stress em varo + perfil do tornozelo com gaveta anterior: úteis após 5-10 dias para confirmar a instabilidade após a regressão dos sinais flogísticos agudos;
- RX do pé: em caso de suspeita de fratura da base do 5.º metatarso;
- RNM: exame capaz de documentar efetivamente a lesão ligamentar, mas não contribui para definição do Tratamento caso não haja outras lesões além da ligamentar.

Fluxograma



2.36.4 Classificação

1) Lesões laterais (Jackson et al. 1974)

- Grau 1 ou leve: lesão intraligamentar, com dor e edema leve, sem instabilidade, com mínima limitação funcional;
- Grau 2 ou moderada: lesão ligamentar incompleta, com leve ou moderada instabilidade, dor considerável, edema, limitação funcional parcial, com claudicação;
- Grau 3 ou grave: ruptura ligamentar completa associada a instabilidade importante, dor e limitação funcional, com grande dificuldade para deambular sem apoio.

2) Lesões mediais (Hintermann et al. 2003)

- Tipo I – lesão proximal ou avulsão;
- Tipo II – lesão intermediária;
- Tipo III – lesão distal (mais comum).

Tratamento

- PRICE: proteção + repouso + crioterapia + compressão + elevação, com o objetivo de minimizar o processo inflamatório

- AINE
- Lesões leves: bandagem elástica para compressão + orientações sobre retorno às atividades diárias
- Lesões moderadas: compressão por 5-7 dias + recuperação funcional com fisioterapia. Eventualmente, uso de muletas por 7 dias para recuperação da flogose inicial
- Lesões graves: imobilização gessada por um curto período (2-3 semanas) + reabilitação funcional, que pode se estender por até 6 semanas.

2.37 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO TORNOZELO

2.37.1 Introdução

As fraturas de tornozelo estão entre as mais comuns na prática ortopédica e é a fratura mais comum da área de carga do membro inferior. Essas fraturas são subestimadas e quando não tratadas e diagnosticadas corretamente podem evoluir com artrose pós-traumática da articulação do tornozelo. Cerca de 66% dessas fraturas são unimaleolares, 25% bimalleolares e 5-10% trimaleolares. Fraturas expostas correspondem a 2% de seu total.

2.37.2 Diagnóstico

Ao primeiro exame, o paciente pode apresentar edema, flictenas, escoriações, limitação funcional, dor e incapacidade para marcha. Durante o exame físico deve-se realizar palpação da artéria dorsal do pé e artéria tibial posterior à procura de lesões vasculares. A avaliação nervosa consiste em inspecionar os territórios supridos pelos nervos fibular superficial, fibular profundo, sural, safeno, nervo tibial e seus ramos nervos, plantares lateral e medial. É sempre importante avaliar toda a extensão da fíbula, devido a possível lesão de Maisonneuve (fratura alta da fíbula).

2.37.3 Testes Específicos

Teste de Philings – compressão lateral da perna no terço médio (até 5 cm proximais ao eixo intermaleolar), no qual o paciente pode referir dor na região da sindesmose tíbio fibular.

2.37.4 Exames Complementares

Devem ser realizadas Rx's nas incidências:

- AP verdadeiro – incidência da pinça maleolar (mortalha) – perna rodada internamente 15°;
- AP – crista da tíbia em alinhamento com o 2.º raio;
- Perfil – pé perpendicular ao eixo longo da tíbia centralizando o feixe no talus;
- Incidências para perna ou pé podem ser utilizadas na procura por fraturas altas da fíbula ou lesões associadas dos ossos do pé;
- RX em estresse: São utilizadas para avaliar a estabilidade das fraturas do tornozelo e identificar lesões ocultas da sindesmose e ligamento deltoide. Podem ser realizadas com rotação externa do talus ou com o membro pendente, conforme descrito por Michelson;
- Identificar incongruência articular – subluxação talar.

2.37.5 Classificações

Classificação da AO: “44”

- Fratura fíbula infrasindesmal – ainda com subdivisões;
- Fratura fíbula transsindesmal – ainda com subdivisões;
- Fratura suprasindesmal – ainda com subdivisões.

2.37.6 Tratamento

Urgência

- Redução do tálus sob a tíbia. Na sua impossibilidade, realizar procedimento cirúrgico de urgência;
- Sempre realizar RX de controle;
- Imobilização em tala gessada para evitar maior agressão de partes moles.

Conservador

- Indicado para fraturas em estágio 1 da supinação-adução, estágio 1 e 2 da supinação-rotação externa, pronação-abdução e pronação-rotação-lateral;

- Fraturas estáveis: desvio maleolar < 2 mm, ECM < 5 mm, Altura fibular preservada (sem alteração do sinal da bola), Sem modificação do padrão de fratura no teste de estresse;
- Paciente instável ou politraumatizado em que o Tratamento cirúrgico é contraindicado;
- Bota gessada ou bota ambulatória por 4 a 6 semanas. Caso não haja modificação da fratura em teste de estresse, o paciente poderá deambular com aparelho gessado ou bota ambulatória após 4 semanas de Tratamento, mantendo mais 2 semanas de imobilização.

Cirúrgico

Todos os pacientes que não apresentam os critérios para Tratamento conservador devem ser submetidos a Tratamento cirúrgico com redução aberta e fixação interna de acordo com cada padrão de fratura.

2.38 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO TÁLUS

2.38.1 Introdução

As fraturas do tálus ocupam o segundo lugar em frequência de fraturas do tarso, mais comum no sexo masculino (3:1) e adultos jovens. Geralmente são traumas de alta energia (acidentes de carro, quedas de altura), sendo grande a frequência de lesões associadas, principalmente fraturas do maléolo medial e lesões lombares (45-64%).

2.38.2 Diagnóstico

Dor e edema importantes do pé e tornozelo, em 16 a 25% dos casos pode haver exposição óssea. No mecanismo de trauma, ocorre a hiperflexão dorsal do pé – primeiro, rompem-se os ligamentos capsulares posteriores, e o tálus choca-se contra a borda anterior da tíbia distal.

2.38.3 Exames Complementares

- RX em AP, perfil e oblíqua do tornozelo e do pé;

- Incidência de Canale: tornozelo em equino máximo, pé pronado a 15° e inclinação do raio 75° com a horizontal;
- TC pré-operatória é fundamental na programação cirúrgica.

2.38.4 Classificação (Hawkins)

- Tipo I – Fratura vertical não deslocada do colo (A);
- Tipo II – Fratura deslocada do colo, com subluxação ou luxação da subtalar (B);
- Tipo III – Fratura deslocada do colo, com luxação da subtalar e túbio-talar;
- Tipo IV – Tipo II ou III com luxação da talo-navicular (D);

Obs.: Hawkins são 3 tipos. O tipo IV foi introduzido por Canale e Kelly.

2.38.5 Tratamento

Fraturas sem desvio devem ser tratadas conservadoramente, com imobilização gessada por, no mínimo 6 semanas, e sem apoio até sinais radiográficos de cura.

Fraturas desviadas devem ser imobilizadas com tala gessada bem acolchoada, internação para analgesia, cuidados com as partes moles e aguardar transferência, para Tratamento cirúrgico definitivo.

2.39 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO CALCÂNEO

2.39.1 Introdução

O calcâneo é o osso do tarso mais fraturado (2% de todas as fraturas). As lesões da coluna estão presentes em até 10% dos casos e 26% possuem outras lesões de extremidades.

As fraturas intra-articulares desviadas representam 60-75% das fraturas.

A bilateralidade ocorre em 10% dos casos, além de que 17% são expostas.

2.39.2 Diagnóstico

Dor e edema importantes do pé e tornozelo, sendo importante afastar a possibilidade de síndrome compartimental. Se desviada a fratura, pode haver deformidade significativa do retropé, com aumento de volume importante, equimose difusa e flictenas.

2.39.3 Mecanismos De Trauma

- Intra-articulares desviadas acontecem por trauma axial de alta energia,
- Extra-articulares são decorrentes de trauma de baixa energia.
- Flictenas: não há consenso sobre o tratamento. Se hemáticas, preferir rompê-las e realizar curativos com sulfadiazina de prata. Se serosas, manter curativo acolchoado, permitindo que sequem espontaneamente.

2.39.4 Exames Complementares

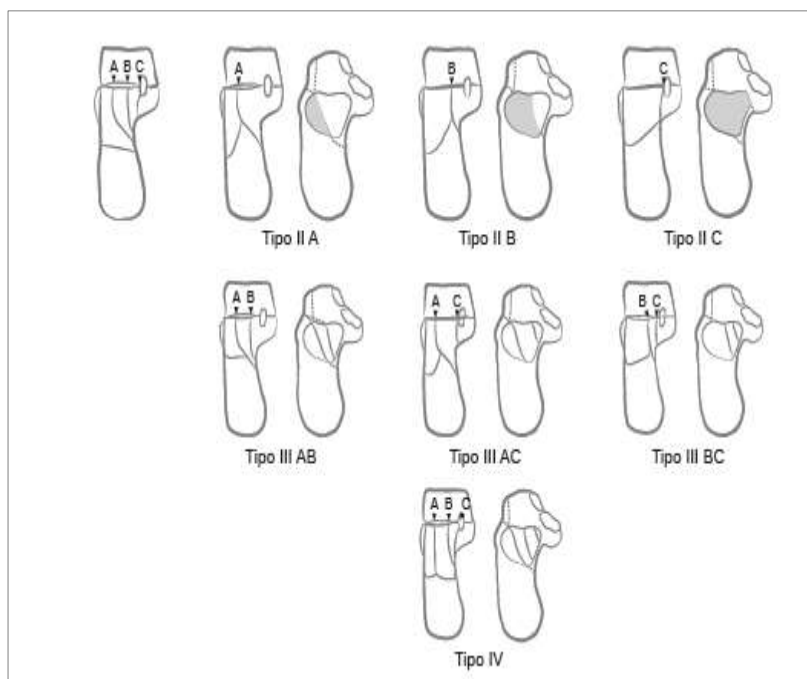
- RX: AP + perfí I + axial de Harris;
- Incidências oblíquas de BRODEN (10, 20, 30, 40° de angulação de distal para proximal, e a perna e rodada interna 40° com o tornozelo neutro). Úteis na ausência de TC;
- TC pré-operatória é fundamental na programação cirúrgica;
- Avaliar radiograficamente demais segmentos em que haja queixas álgicas, devido risco de lesões associadas.

2.39.5 Classificação – Radiográfica (Essex-Lopresti)

- Extra-articular
- Tuberosidade posterior, e processo anterior.
- Intra-articular (75%)
- Língua
- Depressão
- Indeterminada

2.39.6 Classificação – Tomográfica (Sanders)

- Utilizam-se os cortes coronais que incluam o sustentáculo do tálus;
- Divide-se a faceta em 4 partes, 3 linhas, de lateral para medial em A, B, C, sendo a região mais medial do sustentaculum tali.



2.39.7 Tratamento

- Fraturas sem desvio devem ser tratadas conservadoramente:
 - Tala gessada ou imobilização tipo Jones até redução do edema (7-10 dias) gessada por, no mínimo, 6 semanas e sem apoio até sinais radiográficos de cura (8-10 semanas).
- Fraturas do processo anterior do calcâneo podem iniciar apoio do membro lesado a partir da 4.^a semana;
- Fraturas intra ou extra-articulares desviadas devem ser imobilizadas com enfaixamento tipo Jones bem acolchoada, internação para analgesia, cuidados com as partes moles e aguardar transferência, para Tratamento cirúrgico definitivo;
- Fraturas avulsões desviadas devem ser imobilizadas com tala gessada para proporcionar maior alívio da dor.

2.40 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURA DO CUBOIDE

2.40.1 Introdução

- As fraturas isoladas do cuboide são raras, sendo frequentemente associadas a outras lesões do pé;

- Podem ser por avulsão (mais comuns) ou por compressão;
- Sempre suspeitar de lesões tarso-metatarsais ou da articulação de Chopart, especialmente nas fraturas por compressão (quebra-nozes);
- Podem estar envolvidas também com fraturas do calcâneo;
- Lesões negligenciadas podem levar a perda de sustentação do arco ósseo com encurtamento da coluna lateral do pé, abdução do antepé e deformação da posição normal de sustentação de carga.

2.40.2 Mecanismo

- Geralmente causadas por trauma direto ou ainda por queda com o pé em flexão plantar, acompanhada de inversão ou eversão;
- As fraturas associadas mais comuns são as dos cuneiformes e das bases dos metatarsos laterais.

2.40.3 Quadro Clínico

- Dor e edema na borda lateral do pé, na topografia do cuboide, equimose dorso-lateral;
- Se apresentar dor na borda medial do pé, suspeitar de subluxações ou luxações do mediopé, ou ainda de outras lesões da coluna medial do pé;
- Quando associadas a outras lesões, pode ser acompanhada de flictenas ou síndrome compartimental;
- Abdução e adução ou inversão e eversão passivas do pé acentuam a dor no mediopé;
- Fraturas em quebra-nozes do cuboide associada a avulsão do tubérculo do navicular são sugestivas de subluxação mediotarsal.

2.40.4 Achados Radiográficos

- RX: AP + Perfil + oblíqua do pé;
- TC deve ser realizada para excluir a presença de outras fraturas no pé;
- Avaliar cuidadosamente a congruência articular tarsometatarsal e calcâneo cuboide;
- Avaliar radiograficamente demais segmentos em que haja queixas álgicas, devido a risco de lesões associadas.

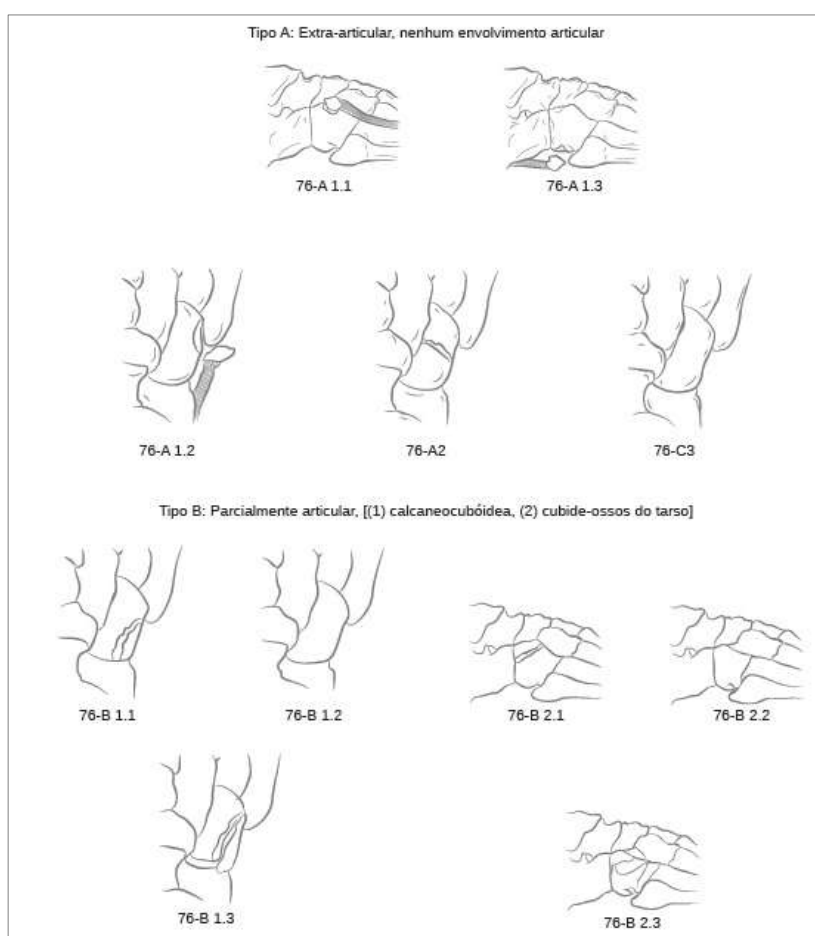
2.40.5 Classificação Radiográfica (OTA 76)

- Grupo A: extra-articulares;

- Grupo B: envolve uma das duas principais articulações (calcaneocuboide ou metatarsocuboide);
- Grupo C: envolvem as duas articulações e representam esmagamento grave da estrutura do cuboide;

Pode-se simplificar a Classificação como:

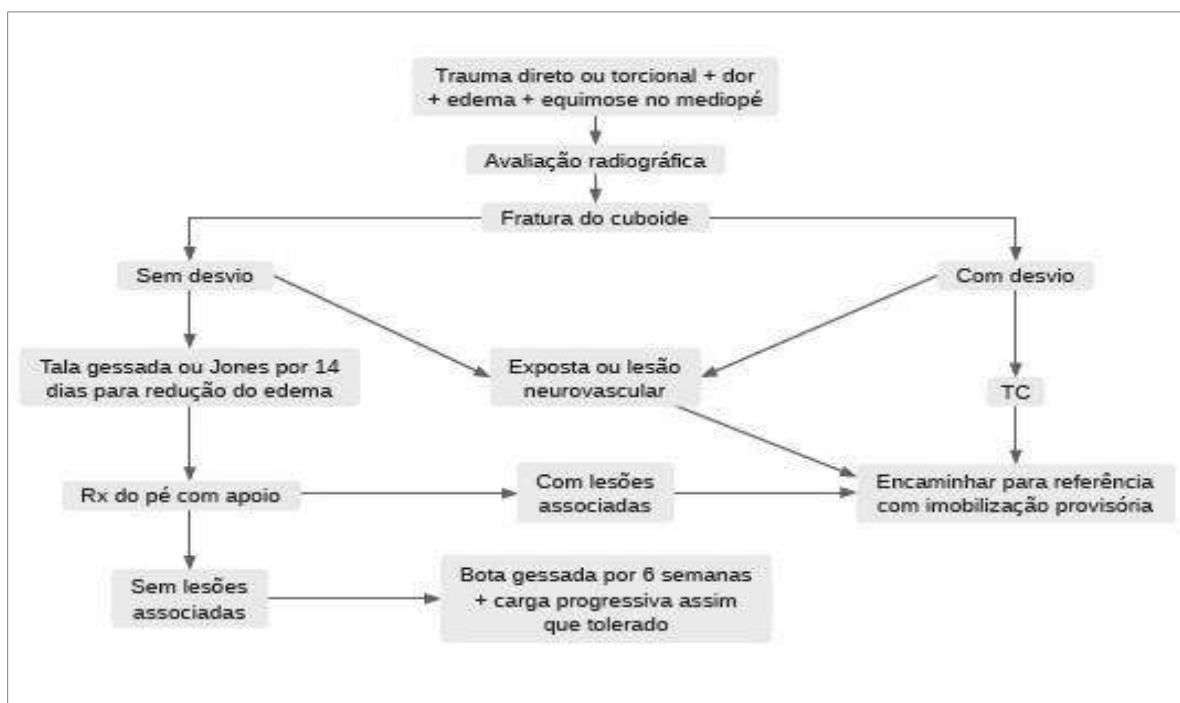
- Não deslocadas;
- Instáveis;
- Por esmagamento



2.40.6 Abordagem no Pronto-Atendimento

- Após avaliação clínica do trauma, identificar possível exposição ou lesão neurovascular. Se positivo, encaminhar para referência cirúrgica de urgência;
- Realizar estudo radiográfico a fim de determinar o tipo de fratura;
- Realizar estudo tomográfico para identificação de fraturas associadas;

- Fraturas sem desvio devem ser tratadas conservadoramente:
 - Tala gessada acolchoada até redução do edema (10 – 14 dias);
 - Imobilização gessada suropodálica por, no mínimo 6 semanas, permitindo apoio progressivo assim que tolerado.
 - Devem ser realizadas Rx's com apoio 10 a 14 dias após a avaliação e imobilização, para descartar lesões ocultas.
- Fraturas desviadas ou instáveis devem ser imobilizadas com tala gessada bem acolchoada, internação para analgesia, cuidados com as partes moles e aguardar transferência, para Tratamento cirúrgico definitivo.



2.41 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM LESÃO DA ARTICULAÇÃO TARSO METATARSO – LISFRANC

2.41.1 Introdução

A articulação de Lisfranc corresponde à região das articulações tarso-metatarsianas. Acomete mais sexo masculino (3:1) em torno dos 30 anos. Até 40%

dos casos estão associados com fraturas ou luxações de um ou mais ossos do mediopé.

Cerca de 20% das fraturas-luxações de Lisfranc não são detectadas no primeiro atendimento, sendo fundamental o conhecimento e a suspeita clínica da lesão.

2.41.2 Diagnóstico

Dor intensa e edema no mediopé, incapacidade de apoio associado a equimose plantar, deformidade em região do mediopé, antepé alargado e encurtado com dor à pronação-abdução do antepé com retropé fixo.

Mecanismos de trauma; entorse do antepé com retropé fixo (queda de cavalo com pé preso no estribo), ou trauma axial em hiperflexão plantar, ou trauma direto sobre o mediopé.

2.41.3 Exames Complementares

- Rx em AP, perfil e oblíqua do pé. Em caso de dúvida, devem ser solicitados Rx em AP e perfil do pé contralateral para comparação;
- Diante da suspeita clínica sem comprovação radiográfica ao primeiro atendimento, deve ser realizado Rx com carga de ambos os pés em AP e perfil, assim que tolerado pelo paciente.
- TC em casos de suspeita clínica com Rx normal.

2.41.4 Classificação (Myerson – 1986)

- Incongruência Total: todos os metatarsos desviados no plano coronal para a mesma direção (lateral ou dorso-plantar);
- Incongruência parcial: um ou mais metatarsos desviados no plano coronal em relação aos outros;
- Desvio medial;
- Desvio lateral;
- Divergentes: separação entre o primeiro e o segundo metatarso nos planos sagital e coronal;
- Desvio parcial;
- Desvio total.

2.41.5 Tratamento

- Após avaliação clínica do trauma, identificar possível exposição ou lesão neurovascular. Se positivo, encaminhar para referência cirúrgica de urgência;
- Confirmada a lesão, imobilização provisória com tala gessada bem acolchoada, AINE e elevação do membro afetado;
- O Tratamento cirúrgico é mandatório quando diagnosticada a lesão devido ao risco de deformidades progressivas ou artrite pós-traumática do mediopé.

2.42 ATENDIMENTO AO PACIENTE COM FRATURAS DE FALANGES DOS PÉS

2.42.1 Introdução

As fraturas de falanges são as lesões mais comuns do antepé. A falange proximal do 5.º artelho é uma das mais envolvidas. Podem ser causadas por dois mecanismos:

- Impacto direto (como queda de objeto pesado sobre o pé), geralmente fraturas transversas ou cominuídas;
- Carga axial juntamente a uma força em varo ou valgo (“topadas”), e provoca fraturas oblíquas ou em espiral. Este é o mais propenso a acarretar deformidade clínica. Nos casos de traumas de energia maior, suspeitar de lesões associadas (metatarsos, lesões do médio e retropé);
- Lesões negligenciadas ou mal reduzidas podem levar ao alinhamento anormal, que pode provocar calosidades entre os artelhos e desgaste anormal dos sapatos. As deformidades rotacionais levarão a articulação a funcionar de forma anormal, e podem acarretar deformidade progressiva.

2.42.2 Diagnóstico

- Dor, edema e equimose locais;
- Dificuldade de calçar sapatos, dor ao caminhar descalço ou com calçado macio;
- Deve-se sempre avaliar a estabilidade articular de todos os artelhos envolvidos.

2.42.3 Exames Complementares

- RX: AP + perfí I + oblíqua do antepé
- Avaliar cuidadosamente a congruência articular metatarsofalângica e interfalângica de todos os artelhos.

2.42.4 Classificação (AO – OTA 82)

- 82-1: metáfise proximal
- 82.2: diáfise
- 82.3: metáfise distal
- Identificador numérico entre parênteses para indicar o artelho e a falange envolvidos (T1/2 – hálux; N1/2/3 – 2.º artelho; M1/2/3 – 3.º artelho; R1/2/3 – 4.º artelho; L1/2/3 – 5.º artelho). O último número indica a falange comprometida (proximal, média ou distal).
 - a)Grupo A: extra-articulares e simples;
 - b)Grupo B: cunha, parcialmente articulares;
 - c)Grupo C: fraturas complexas.

2.42.5 Tratamento

Após avaliação clínica do trauma, identificar possível exposição ou lesão neurovascular. Se positivo, encaminhar para referência cirúrgica de urgência.

- Fraturas sem desvio devem ser tratadas conservadoramente:
 - a.Imobilização funcional por 2 a 3 semanas, com carga permitida, quando tolerada, com calçado de solado rígido;
 - b.Pode ser necessário controle radiográfico durante o Tratamento.
- Fraturas diafisárias desviadas ou instáveis devem ser reduzidas e imobilizadas e, se instáveis ou irreduzíveis, encaminhadas a Tratamento cirúrgico;
- A redução deve proporcionar correção de rotação e alinhamento axial, usando a unha como referência. Encurtamentos geralmente não afetam a função. Após a redução, imobilização funcional por 3 a 4 semanas, com carga permitida, quando tolerada, com calçado de solado rígido;

- Deve-se fazer controle radiográfico com 1 e 2 semanas após a redução. Se verificada instabilidade, deve ser encaminhado a Tratamento cirúrgico.

Rodrigo Simões Castilho¹

•¹ Médico Ortopedista da UPA/PBH

•Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT

NOTA

Declaramos que este “PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE ORTOPEDIA” foi adaptado de: “Early JS. Cuboid Fractures. In Rockwood and Green’s fractures in adults – volume 2 – 5th ed. Manole: 2006 e Médico Ortopedista da UPA/PBH”.

3. SIGLAS

ADM – Amplitude de Movimento

AINE – Anti-inflamatório Não Esteroidal

AINE’s – Anti-inflamatórios Não Esteroidais

AP – Antero Posterior

AS – Artrite Séptica

ATB – Antibioticoterapia

ATLS – Advanced Trauma Life Support

CO – Cintilografia Óssea

ES – Escafossesmilunar

FE – Fratura Exposta

LES – Lúpus Eritematoso Sistêmico

LFC – Ligamento Fibulocalcaneano

LTFA – Ligamento Talofibular Anterior

LTFP – Ligamento Talofibular Posterior

MMII – Membros Inferiores

MMSS – Membros Superiores

PCR – Proteína C Reativa

RAFI – Redução Aberta e Fixação Interna

RE – Rádio Escafóide

RNM – Ressonância Nuclear Magnética

Rx – Exame Radiográfico

SLAC – Colapso Avançado Escafossesmilunar

TC – Tomografia Computadorizada

US – Ultrassonografia

VHS – Velocidade de Hemossedimentação

4. CONTROLE DE REGISTROS

- Não Aplicável

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Advanced trauma life support, ATLS®;

Aglietti P, Giron F, Cuomo P. Disorders of the Patellofemoral Joint. In: Scott WN. Insall & Scott – Surgery of the Knee. Vol. One. Churchill Livingstone: 2006.

Azar FM. Distúrbios Traumáticos. In: Canale ST. Cirurgia Ortopédica de Campbell, Vol. Três. Manole: 2007;

Bahk, M. *et al.* *Acromioclavicular and sternoclavicular injuries and clavicular, glenoid, and scapular fractures.* Journal of bone and joint surgery(Am). Vol. 91A(10), 2009: 2492-510;

Bellabarba C, Barei DP, Sanders RW. Dislocations of the foot. In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. Surgery of the foot and ankle. Mosby: 2007;

Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown CM, Tornetta P. Rockwood And Green's: Fractures In Adults, 7th ed, Lippincott Williams & Wilkins, 2009;

Bucholz, R. *et al.* *Rockwood and Green's fractures in adults.* Lippincott Willians & Wilkins. 7o e. , 2010: cap. 36;

Bucholz, R. et al. *Rockwood and Green's fractures in adults*. Lippincott Williams & Wilkins. 7th ed., 2010: ch. 37.

Calori G, Tagliabue L, Mazza E, Bellis Ud, Pierannunzii L, Marelli B, Colombo M, Albisetti W. Tibial pilon fractures: Which method of treatment? *Injury* (2010) vol. 41 (11) pp. 1183-1190.

Canale S.T. *Campbell's operative orthopaedics*. St. Louis: Mosby/Manole. 11th ed.;

Canale ST, Beaty JH: *Campbell's Operative Orthopaedics*, 11th ed. Elsevier, 2008.

Cierny G 3rd, Mader JT, Penninck JJ. A clinical staging system for adult osteomyelitis. *Contemp Orthop*. 1985;10:17-37.

Clanton TO, McGarvey W. Athletic injuries to the soft tissues of the foot and ankle. In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. *Surgery of the foot and ankle*. Mosby: 2007.

Early JS. Cuboid Fractures. In *Rockwood and Green's fractures in adults – volume 2 – 5th ed*. Manole: 2006.

Ekholm R, Ponzer S, The Holstein-Lewis Humeral Shaft Fracture: Aspects of Radial Nerve Injury, Primary treatment, and Outcome. *J Orthop Trauma* 2008;22:693–697.

Ennis O, Miller D, Kelly CP.

Farrell CM, Scuderi GR, Easley ME. Quadriceps and Patellar Tendon Disruption. In: Scott WN. *Insall & Scott – Surgery of the Knee*. Vol. One. Churchill Livingstone: 2006;

Finkemeier CG, Nerlich M. Patela. In: *Princípios AO do Tratamento de Fraturas*. Vol. 2. Artmed. 2009.

Fractures of the adult elbow. *Current Orthopaedics* (2008) 22, 111-131.

Green NE. Infecções Ósseas e Articulares em Crianças. In: Weinstein SL, Buckwalter JA. *Ortopedia de Turek – Princípios e Sua Aplicação*. Manole, 2000;

Green's Operative Hand Surgery 6.^a ed, 2010.

Green's Operative Hand Surgery, 6.^o ed, 2010.

Green's Operative Hand Surgery, 5th Edition; Scott W. Wolfe, MD, Robert N. Hotchkiss, MD, William C. Pederson, MD and Scott H. Kozin, MD.

Green's Operative Hand Surgery, 6th Edition; Scott W. Wolfe, MD, Robert N. Hotchkiss, MD, William C. Pederson, MD and Scott H. Kozin, MD

Gross T, Kaim A.H, Regazzoni, P, e Widmer AF, Current Concepts in Posttraumatic Osteomyelitis:A Diagnostic Challenge with New Imaging Options J Trauma. 2002; 52:1210 –1219;

Harris RM. Fraturas da Patela. In: Bucholz RW, Heckman JD. Rockwood e Green – Fraturas em Adultos. Vol. 2. Manole. 2006;

Hill, J. *et al.* *Closed treatment of displaced middle-third fractures of the clavicle gives poor results. Journal of bone and joint surgery(Br)*. Vol. 79B(4), 1997: 537-9.

Insall & Scott.Surgery of the knee. Philadelphia : Churchill Livingstone. 4th ed.;

Jeray, K. *Acute midshaft clavicular fracture*. Journal of american academy orthopedics. Vol. 15, 2007: 239-248;

Kerkhoffs GMMJ, Struijs PAA, Marti RK, Assendelft WJJ, Blankevoort L, van Dijk CN. Different functional treatment strategies for acute lateral ankle ligament injuries in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 3. Art. No.: CD002938. DOI: 10.1002/14651858.CD002938;

Lanting B, MacDermid J, et al. Proximal humeral fractures: A systematic review of treatment modalities. J Shoulder Elbow Surg (2008);17:42-54;

Larsson, S. *et al.* *Can We predict long-term sequelae after fractures of the clavicle based on initial findings? A prospective study in nine to ten years of follow-up*. Journal of shoulder and elbow surgery. Vol. 13, 2004: 479-86;

LazzariniL. *et al.* *Osteomyelitis in Long Bones: Current Concepts Review: The Journal of Bone and Joint Surg*. Volume 86-A; 10: 2305-2318;

Mackee, M. *et al.* *Does delay matter? The restoration of objectively measured shoulder strength and patient-oriented outcome after immediate fixation versus delayed reconstruction of displaced midshaft fractures of the clavicle*. Journal of shoulder and elbow surgery. Vol. 16(5), 2007: 514-18;

Mackee, M. *et al.* *Nonoperative treatment compared with plate fixation of displaced midshaft clavicular fractures*. Journal of bone and joint surgery(Am). Vol. 89A(1), 2007: 2-10;

Matos MA, Guarniero R, Godoy Junior RM. Artrite Séptica de Quadril. Rev Bras Ortop. 2006;41(6):187-94.

Melton NM, Liporace F, DiPasquale T. Fractures of the Patella. In: Scott WN. Insall & Scott – Surgery of the Knee. Vol. Two. Churchill Livingstone: 2006;

Michael P.; Clare A Rational Approach to Ankle Fractures Foot Ankle Clin N Am 13 (2008) 593–610

Michelson JD, Varner KE, Checcone M. Diagnosing deltoid injury in ankle fractures: the gravity stress view. Clin Orthop Relat Res 2001;387:178–82;

Miller III RH. Lesões do Joelho. In: Canale ST. Cirurgia Ortopédica de Campbell. Vol. Três. Manole: 2007;

Morrissy RT. Infecções Óssea e Articular. In: Morrissy RT, Weinstein SL. Ortopedia Pediátrica de Lovell e Winter. Manole, 2005;

Park AL, Dlabach JA. Artrite Séptica. In: Canale ST. Cirurgia Ortopédica de Campbell. Manole, 2006;

Phillips BB. Artroscopia da Extremidade Inferior. In: Canale ST. Cirurgia Ortopédica de Campbell. Vol. Três. Manole: 2007.

Phillips WA, Schwartz HS, Keller CS, et al. A prospective, randomized study of the management of severe ankle fractures. J Bone Joint Surg Am 1985;67:67–78;

Potter, J. et al. *Deficits following nonoperative treatment of displaced midshaft clavicular fractures*. Journal of bone and joint surgery(Am). Vol. 88A(1), 2006: 35-40;

Ramsey PL, Hamilton W. Changes in tibiotalar area of contact caused by lateral talar shift. J Bone Joint Surg Am 1976;58:356–7;

Ring D, Displaced, unstable fractures of the radial head: Fixation vs. replacement-What is the evidence?, Injury (2008).

Robinson CM, Dobson RJ. Anterior instability of the shoulder after trauma. J Bone Joint Surg [Br] 2004; 86-B:469-79.

Robinson et al. *Fractures of the clavicle in the adult – Epidemiology and classification*. Journal of bone and joint surgery(Br). Vol. 80B(3), 1998: 476-84;

Robinson, m. *et al.* *Estimating the risk of nonunion following nonoperative treatment of a clavicular fracture.* Journal of bone and joint surgery(Am). Vol. 86A(7), 2004: 1359-65;

Robinson, M. *et al.* *Fractures of the clavicle.* Journal of bone and joint surgery (Am). Vol. 91A(2), 2009: 447-60;

Robinson, M. *et al.* *Primary nonoperative treatment of displaced lateral fractures of the clavicle.* Journal of bone and joint surgery(Am). Vol. 86A(4), 2004: 778-782;

Rockwood C.A. *et al.* *Fractures in Adults.* Philadelphia: Lippincott. 6th ed;

Rockwood CAJ, Matsen FA, Wirth MA, Lippitt SB. *Rockwood: The Shoulder*, 4th ed. Elsevier Inc. 2008.

Rockwood e Green: *fraturas em adultos – volume 1 – 5.^a ed.*, 2006, cap. 10.

Rockwood jr. *et al.* *The shoulder.* Saunders Elsevier. 4^o ed., 2009: cap. 11;

Rockwood jr. *et al.* *The shoulder.* Saunders Elsevier. 4th ed., 2009: ch. 10;

Safran MR, Baillargeon D. *Soft-tissue stabilizers of the elbow.* J Shoulder Elbow Surg 2005;14: 179S-185S.

Sanders RW, Clare MP. *Fractures of the Calcaneus.* In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. *Surgery of the foot and ankle.* Mosby: 2007.

Sanders RW, Clare MP. *Fractures of the Cuboid.* In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. *Surgery of the foot and ankle.* Mosby: 2007;

Sanders RW, Lindvall E. *Fractures and fractures dislocation of the talus.* In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. *Surgery of the foot and ankle.* Mosby: 2007.

Sanders RW, Walling AK. *Pilon Fractures.* In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. *Surgery of the foot and ankle.* Mosby: 2007;

Sarmiento A, Kinman PB, Calvin EG, *et al.* *Functional bracing of fractures of the shaft of the humerus.* J Bone Joint Surg Am 1977; 59: 596-601;

SBOT - *Tratado de Ortopedia - SBOT.* Roca. 2007;

Schenck Jr RC. *Lesões do Joelho.* In: Bucholz RW, Heckman JD. *Rockwood e Green – Fraturas em Adultos.* Vol. 2. Manole. 2006;

Seah R, Mani-Babu S. Managing ankle sprains in primary care: what is best practice? A systematic review of the last 10 years of evidence. *British Medical Bulletin* 2010; 1–31. DOI:10.1093/bmb/ldq028;

Shariff, D.K. Nathwani Lauge-Hansen classification—A literature review *Injury, Int. J. Care Injured* (2006) 37, 888—890;

Sommer C, Baumgaertner MR. Tíbia, distal intra-articular. In Ruedi TP, Buckley RE, Moran CG. *Princípios AO do Tratamento de fraturas*. Artmed: 2009;

Thordarson DB, Motamed S, Hedman T, et al. The effect of fibular malreduction on contact pressures in an ankle fracture malunion model. *J Bone Joint Surg Am* 1997;79:1809–15;

Throckmorton, T. *et al. Fractures of the medial end of the clavicle*. *Journal of shoulder and elbow surgery*. Vol. 16(1), 2007: 49-54;

Vaccaro. AR *Principles and practice of Spine Surgery*. Philadelphia, Mosby, 2003.

Walker M, Brian Palumbo B, et al. Humeral shaft fractures: a review. *J Shoulder Elbow Surg* (2011); 10: 1-12;

Watson et al. Treatment of Lisfranc Joint Injury: Current Concepts. *J Am Acad Orthop Surg*. 2010; 18: 718-728.

Whittle AP, Wood II GW. Fraturas da Extremidade Inferior. In: Canale ST. *Cirurgia Ortopédica de Campbell*. Vol. Três. Manole: 2007;

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Gestor(es) do(s) processo(s) Data</p>
---	---	---

3.3.4. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS.

1. Preceitos básicos

- Exercer a medicina sob estrito seguimento do Código de Ética Médica;
- Respeitar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Usar o crachá de identificação em tempo integral, quando presente na Instituição;
- Comparecer adequadamente trajado para o exercício profissional (vestimentas, jalecos, Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) e etc) respeitando a norma regulamentadora NR32;
- Respeitar a padronização institucional de medicamentos, materiais e insumos. Em caso de itens não padronizados, discutir a necessidade com o gestor.
- Preencher corretamente os documentos, prontuário e formulários da instituição a fim de evitar abreviações e rasuras, como nas Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH's), Solicitação/Autorização de Procedimento de Ambulatorial (APAC's), etc.
- Anotar de forma correta o diagnóstico, tratamento, exames complementares e proceder com demais registros e anotações indispensáveis ao acompanhamento do caso, conforme normas do estabelecimento de saúde.
- Colaborar quando solicitado, com as Comissões Institucionais, conforme saber e expertise de sua especialidade com a finalidade de aprimorar processos ou procedimentos e solucionar problemas para alcançar os resultados esperados.
- Comparecer às reuniões clínicas atendendo as solicitações da direção e dos gestores, visando favorecer a comunicação assertiva de temas institucionais relevantes e participação de ações de melhoria contínua de desempenho e da qualidade bem como do Programa de Educação Médica Continuada.

1.1 Assiduidade, Pontualidade e Cancelamento da agenda

- Assiduidade: Aviso com no mínimo 30 dias de antecedência para cancelamento de agendas no caso de feiras, congressos e férias.
- Para as demais situações como reuniões, cirurgias, modificações de agenda faz-se necessário aviso com no mínimo 5 dias de antecedência.
- Em caso de intercorrência que impossibilite o cumprimento de agenda, fica o médico responsável por avisar tal fato, no posto de enfermagem do ambulatório. Neste momento é importante que o motivo da falta seja explanando, para que a equipe possa fazer frente aos pacientes.
- Caso haja a necessidade de desmarcação das consultas, buscando mitigar os danos ao paciente, após comunicação de desmarcação, conforme citado anteriormente, o agente administrativo entrará em contato com a Central de Agendamentos, buscando realizar encaixe dos pacientes e/ou discussão com a Central em relação à disponibilidade de dia para a criação de uma agenda extra (o médico poderá sugerir entre as formas de reposição conforme sua preferência ou possibilidade).
- Pontualidade: observar rigorosamente os horários fixados, cumprir pontualmente o horário.

1.2 Normas para com a equipe

- Ser cordial, empático, educado, e trabalhar em equipe com respeito a diversidade;
- Pautar o trabalho no desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) quando pertinente
- Contribuir para disseminação do conhecimento (saber compartilhado multiprofissional e interprofissional);
- Envolver a equipe multiprofissional no tratamento aos pacientes. Agregar saberes diferentes das diversas áreas de assistência contribuindo com toda cadeia do cuidado.

1.3 Normas com o paciente e atendimento

- Exercer a medicina com foco no Cuidado Centrado no Paciente, buscando sempre a excelência na assistência, independente de cor, gênero, raça, religião, convicções políticas, condição social ou econômica;

- Respeitar as rotinas e protocolos científicos, em conformidade com a literatura e com as normas estabelecidas pelo Centro de Estudo;
- Atender os pacientes com respeito e promover sua participação ativa no projeto terapêutico, respeitando o princípio da Autonomia;
- Respeitar a expectativa do cliente e familiar;
- Proporcionar nível comparável de atendimento a pacientes com problemas de saúde equivalentes e respeitar os princípios bioéticos de igualdade e universalidade;
- Promover a transição segura de cuidados, seja no ambiente de saúde, seja na alta para domicílio, entendendo o projeto terapêutico singular como pertencente ao paciente e fazendo parte de um todo;
- Compromisso: comparecer às consultas, sob sua responsabilidade, durante o período de trabalho, obedecendo aos horários determinados na rotina do serviço;
- Caso o prontuário eletrônico não esteja acessível, acionar o plano de contingência orientado pela gestão. Após preenchê-los, entregá-los ao agente administrativo do ambulatório, para que sejam anexados ao prontuário eletrônico na aba “documentos anexados” quando o sistema tiver sido restabelecido; No caso de atendimento ambulatorial que demande consulta ao prontuário eletrônico e estando o mesmo fora do ar, o agente administrativo do ambulatório, deverá ser comunicado para acionar a Central de Agendamento para remarcação dos pacientes e a Recepção para avisar sobre o cancelamento dos atendimentos aos pacientes.

2. Rotina Operacional Médica no Ambulatório

2.1. Conceito de Ambulatório

É considerado atendimento ambulatorial hospitalar todo aquele realizado em hospital e que não demande internação hospitalar, seja ele em regime de urgência e/ou emergência ou eletivo (programado).

2.2. Responsáveis

- Coordenador do ambulatório
- Médico Especialista

3. Rotina Médica de Atendimento Ambulatorial

3.1 Consulta Médica

- Verificar no computador, no sistema, através de senha individual, o agendamento do dia de consulta. Verificar com Técnico de Enfermagem se os pacientes agendados e com consulta confirmada apresentam os prontuários médicos disponíveis, providenciar a chamada por ordem de chegada ou por ordem de horário previamente agendado.
- Identificar se o prontuário é o mesmo da chamada oral.
- Se o paciente está sendo consultado pela primeira vez, verificar se existe relatório de encaminhamento, o conteúdo do mesmo, exames e diagnóstico.
- Fazer a anamnese.
- Exame físico dentro do aplicável para o diagnóstico, caso necessite de condutor ou Técnico de Enfermagem para proceder ao exame, solicitar.
- Efetuar pequenos procedimentos que estejam no âmbito do atendimento ambulatorial pertinente à especialidade;
- Anotar no prontuário eletrônico, anamnese, clínica, diagnóstico, evolução e conduta.
- Anotar na folha de encaminhamento o nome do paciente, número de prontuário, CID, além dos encaminhamentos necessários. Em caso de exames, anexar os pedidos separados nos respectivos formulários. Não esquecer de agendar o retorno após exames, ou de acordo com a necessidade médica do caso. Assinar e carimbar os pedidos e o encaminhamento.
- Discutir diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção com pacientes, responsáveis e familiares;
- Prescrever e controlar drogas, medicamentos e cuidados especiais;
- Emitir receitas, atestados, relatórios, em sua área de especialidade conforme demanda;

- Efetuar notificação compulsória de doenças ou notificação de outros agravos, quando aplicável.

3.2 Solicitação de Exames de Alta Complexidade

- Solicitar as folhas respectivas de cada exame, TC, ressonância magnética para o Agente Administrativo.
- Preencher em duas vias, os dados do paciente, da entidade e os dados exigidos do médico solicitante, bem como os itens de diagnóstico e de sintomas que são solicitados no formulário.
- Assinar e carimbar.
- Fornecer os formulários para o paciente para que ele possa agendar na Recepção do HECAD o exame. Caso paciente reside em Goiânia, entregar a ficha de solicitação do exame para a recepção; Caso resida no interior, o acompanhante/responsável deverá entregar a solicitação do exame para a secretaria de saúde do município para marcação do exame.
- Combinar com o paciente e acompanhante, quando houver o resultado do exame, qual o procedimento a ser tomado, retorno ambulatorial agendado previamente ou agendamento como extra no ambulatório, desde que confirmado com o médico solicitante.

3.3 Fluxo de Recebimento de Exames - RX e Tomografia Computadorizada - TC

3.3.1 Para pacientes da Instituição:

- Verificar os dados do paciente (nome completo, data de nascimento, número do prontuário, data e o tipo de exame).
- Verificar o laudo do exame dentro do prontuário do paciente. Explicar ao paciente/acompanhante os procedimentos feitos, bem como o resultado dos exames. Caso tenha que ser tomada outra medida, novos exames ou medicação, providenciar os trâmites necessários.

3.3.2 Para pacientes externos:

- Os exames dos pacientes da Instituição são arquivados dentro do prontuário. Não é recomendado que se faça a orientação ao paciente e acompanhante somente

pelo laudo contido no prontuário, sem o respectivo exame, visto previamente pelo médico, confirmando ou não o laudo radiográfico.

3.4 Internação de Paciente pelo Ambulatório

A internação do paciente pelo ambulatório acontece mediante avaliação do médico, onde o mesmo realiza uma programação cirúrgica. Após decisão clínica de internação, a equipe de Enfermagem assume os cuidados subsequentes do paciente.

3.5 Cirurgias Ambulatoriais Programadas

Após alta da internação e avaliação do paciente no ambulatório, o médico identifica a necessidade de nova intervenção cirúrgica, ou caso seja necessário realizar pequeno procedimento. Os procedimentos serão previamente agendados.

3.6 Internação programada:

- A programação da cirurgia é realizada com antecedência pela equipe médica.
- A reserva da sala de cirurgia é realizada pelo próprio médico via sistema MVPEP.

3.7 Internação pelo hospital dia:

É considerada uma assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas.

4. Rotina Operacional Médica para as Enfermarias

4.1. Conceito de Enfermaria

A enfermaria é o local ou dependência de uma Instituição hospitalar onde pessoas doentes permanecem internadas por determinado período, enquanto durar para tratamento de saúde.

4.2. Responsáveis

- Gerência Médica
- Coordenação Médica de Internação
- Serviço Médico de Internação (prescritores/diaristas, plantonistas, pareceristas, etc.)

5. Rotina Médica de atendimento em enfermaria

5.1. Primeiro atendimento

O atendimento de admissão do paciente na unidade de internação poderá acontecer pelo médico prescritor/diarista, ou plantonista, a depender do horário de chegada. A primeira avaliação médica seguirá o seguinte roteiro:

- história clínica detalhada e exame físico minucioso, com posterior evolução em prontuário;
- discussão do caso quando aplicável para definição do diagnóstico. Deverão ser utilizados todos os recursos diagnósticos disponíveis. Se algum procedimento não for possível de execução no hospital, informar-se junto à gestão imediata ou acerca da possibilidade de sua realização fora do hospital, e de como proceder. Sempre que solicitar um exame ou um parecer, fornecer toda informação necessária para a correta execução do exame e sua interpretação;
- informar ao paciente e familiar, sobre o quadro clínico da doença e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que será submetido. É necessário também obter o consentimento, do paciente e/ou familiar, por escrito, para a realização de procedimentos invasivos, atos cirúrgicos e participação em pesquisas.

5.2. Acompanhamento do paciente na enfermaria

- Monitorar o paciente grave ou submetido a procedimento invasivo com avaliações clínicas a curtos intervalos, observação de drenos, secreções, incisões, curativos, complicações e o seu manuseio etc, registrando os dados significativos na papeleta.
- Realizar estudo de caso com equipe multidisciplinar da enfermaria, com o objetivo de estabelecer um projeto terapêutico singular - PTS.
- Visita diária – além da informação dada pelo próprio paciente e acompanhante sobre sua evolução, o exame físico deverá ser completo, especialmente nos casos ainda sem definição, pois um achado novo poderá ser fundamental para o diagnóstico. Durante a visita, é dever do médico e direito do paciente e

acompanhante (caso crianças e adolescentes) ter acesso às informações sobre seu quadro clínico;

- A análise de resultados dos exames complementares e a necessidade de novos exames será discutida pela equipe.

5.3. Prescrição Médica

Para garantir maior segurança ao profissional e pacientes, sugere-se o seguinte roteiro para a prescrição médica:

- Cabeçalho – Nome e endereço da instituição;
- Superinscrição – Dados do paciente: nome, endereço (andar, enfermaria, serviço, leito e número do prontuário), idade, peso, altura, alergias e símbolo;
- Inscrição – Nome do medicamento (de acordo com a DCB ou DCI), concentração (usando unidades de pesos e medidas do sistema métrico nacional), forma farmacêutica;
- Subinscrição – Dose (expressa em unidade usando unidades de pesos e medidas do sistema métrico nacional), diluente: tipo e volume (para administrações parenterais), posologia, quantidade total a ser dispensada e administrada, velocidade de infusão (para soluções intravenosas) e duração da terapia;
- Transcrição – Composta pelas orientações do prescritor para o farmacêutico e enfermeiro;
- Data
- Identificação do prescritor – Carimbo com número do registro no Conselho Regional de Medicina/Odontologia e assinatura.

5.3.1 Sequência padrão de prescrição:

- a) Dieta;
- b) Soros;
- c) Medicamentos (EV, IM, SC, VO...);
- d) Cuidados específicos;
- e) Exames complementares.

5.3.2 Pontos Importantes:

- Enumerar todos os itens prescritos;
- Prescrever medicamentos padronizados;
- Preferir o nome genérico do medicamento;
- Evitar ordens não presenciais;
- Ao finalizar a prescrição, deixar nome completo legível e CRM;
- A ordem verbal, assim como a ordem realizada por terceiros, não será considerada como item da prescrição médica;
- Atualizar os itens da prescrição diariamente, prescrever preferencialmente até as 10 horas;
- Quando houver necessidade da equipe multiprofissional, prescrevê-la todos os dias;
- A prescrição é regida por uma base legal com os seguintes enunciados:
 - a) Escrever por extenso;
 - b) Forma legível;
 - c) Obedecer ao vernáculo;
 - d) Modo de usar o medicamento;
 - e) É vedado o uso de forma secreta com o uso de códigos;
 - f) Utilizar nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
 - g) Assinatura do prescritor e inscrição no CRM;
 - h) Usar a Denominação Comum Brasileira – DCB, em sua ausência a Denominação Comum Internacional – DCI.

5.3.3 Estrutura mínima para prescrição hospitalar de medicamentos:

- **MEDICAMENTO DE USO ORAL:** Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via + orientações de uso.

- **MEDICAMENTO DE USO ENDOVENOSO:** Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso.
- **MEDICAMENTO DE USO TÓPICO:** Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + posologia + orientações de uso.
- **MEDICAMENTO DE USO INALATÓRIO:** Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientações de uso.
- **MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS POR OUTRAS VIAS PARENTERAIS:** Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via + posologia + orientações de administração e uso.

5.3.4 Prescrição de sangue e hemocomponentes

- Avaliar indicação de prescrição baseado no protocolo de indicação transfusional;
- Checar qual(is) hemoderivado(s) irá(ão) ser prescrito(s) (se concentrado de hemácias, plaquetas randômicas ou em aférese, plasma fresco congelado e crioprecipitado), não existindo indicação de sangue total em nenhuma hipótese;
- Checar se há indicação de modificação especial do hemocomponente e escolhê-lo com a modificação especial, se for o caso. Opções: filtrado (desleucocitado), irradiado e/ou lavado;
- Especificar a quantidade em número e em volume de cada hemocomponente;
- Especificar a frequência da realização do hemocomponentes;
- Especificar o tempo de infusão do hemocomponente;
- Preencher completamente a ficha de prescrição de hemocomponente específica no sistema. Tipo de hemocomponente + modificação (padrão, lavado, filtrado) + dose + posologia (unidade e volume) +via + tempo de uso;
- Se o paciente tiver histórico de reação transfusional, prescrever a medicação pertinente antes de iniciar o hemocomponente (anti-histaminico se história de alergia e antitérmico se história de febre);

- Estar ciente das reações transfusionais que podem ocorrer com cada hemocomponente e estar preparado para agir imediatamente em caso de reação transfusional. Com a evolução da prescrição, ampliação do arsenal terapêutico, vias de administração e avanço tecnológico na área farmacêutica, diversas informações passaram a ser necessárias em uma prescrição, para assegurar a compreensão e cumprimento dela. Algumas destas informações são consideradas elementos-chave, e quando ausentes, incompletos ou ilegíveis, agregam elevada probabilidade para a ocorrência de erros.

5.3.5 Alta Hospitalar

O médico preencherá todos os campos do Relatório de Alta Médica disponível no sistema, devendo imprimir, assinar e entregar uma via ao paciente. Deverá ainda emitir receitas, atestados, relatórios, laudos técnicos, em sua área de especialidade quando aplicável, e entregar ao paciente com devidas orientações.

Quando aplicável, o paciente deverá ter agendada sua consulta ambulatorial para prosseguimento de seu acompanhamento.

6. Plantões e sobreavisos

6.1. Plantões e sobreavisos

É consenso entre os Conselhos Federal e Regionais de Medicina, que o plantão de sobreaviso é forma ética de organização dos serviços de assistência médica, devendo ser dotado sob normas rígidas para evitar prejuízos no atendimento à população e garantir o trabalho do médico. A modalidade de plantão médico de sobreaviso ou em disponibilidade de trabalho é ato médico e, só pode ser exercido por profissional médico devidamente registrado no CRM.

O sobreaviso deve ser remunerado, incluindo-se tanto as horas efetivamente trabalhadas como as horas de expectativa. Não existe na legislação brasileira impedimento para que o empregador crie o "plantão de sobreaviso", dentro da jornada normal, garantindo-se a sua remuneração normal.

O médico "de sobreaviso" será requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando

solicitado em tempo hábil para realizar cirurgias, procedimentos diagnósticos e internações clínicas.

O médico escalado para o sobreaviso não pode se ausentar da cidade, ou das proximidades do hospital. Deve estar em condições de responder a um chamado com rapidez, e para tanto deve levar em consideração as condições de trânsito e distância. É obrigatório, também, que esteja alcançável por telefone ou outro meio de comunicação. São inaceitáveis as desculpas de que "não foi encontrado".

Em rotina a ser estabelecida no HECAD, o médico plantonista de sobreaviso só pode ser acionado por determinação do Diretor Técnico, do Gerente Médico, Coordenador Médico ou do médico plantonista da Unidade Assistencial. Ao acionar o médico plantonista, o médico que tomou tal decisão permanecerá como responsável pelo atendimento do paciente até a chegada do profissional solicitado, quando se definirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

O profissional escalado deve comunicar, com antecedência, ao Coordenador Médico sua impossibilidade de cumprir a escala de sobreaviso, para que seja possível sua substituição no período evitando, dessa maneira, a descontinuidade do atendimento. A falta ao plantão reveste-se de características de infração ética. A montagem das escalas de sobreaviso deve obedecer a parâmetros bem definidos que atendam perfeitamente as necessidades técnicas de demanda não eletiva, que não acarretem prejuízo ou riscos aos pacientes.

7. Siglas

AIH: Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar.

APAC: Solicitação/Autorização de Procedimento de Ambulatorial.

CRER: Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

DTR: Diretoria Técnica de Reabilitação.

EPI: Equipamento de Proteção Individual.

GEAC: Gerência de Atendimento Clínico.

GEPI: Gerência de Atendimento ao Paciente Internado.

MV PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente.

NR: Norma Reguladora.

PTS: Plano Terapêutico Singular.

REG: Registro da Qualidade.

SUS: Sistema Único de Saúde.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

RX: Raio X

TC: Tomografia Computadorizada

RNM: Ressonância Nuclear magnética

8. Referências

1. SOARES, V.P.M.; OLIVEIRA, C.M.C. Facilitando o aprendizado do estudante de medicina ao prescrever. Disponível em < <https://unichristus.edu.br/wp-content/uploads/2017/10/FACILANTADO-O-APRENDIZADO-AO-PRESCREVER.pdf>>
2. LEAL, F. P. Prescrição médica hospitalar. Acesso em: 10/09/2018.
3. SOUZA, E.S.M. Manual de orientações básica para prescrição médica. Acesso em 23/09/2018
4. WHO, Departamento de medicações essenciais e política de medicamento. Genebra, Suíça, guia de instrutor em prática de boa prescrição. Acesso: 24/09/2018.
5. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira, orientações para preenchimento de prescrição médica hospitalar. Acesso: 24/09/2018.
6. Conselho Federal de Medicina: manual de orientações básicas para prescrição médica. Disponível em: < <http://www.portalmedico.org.br/REGIONAL/crmpb/manualPrescricao.pdf>> Acesso em 12 de janeiro de 2019.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Gestão 2003 e 2008. Manual do Diretor Técnico. 5ª edição revista, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro, 2006.

PROTOCOLO DE HEMANGIOMA INFANTIL

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	agir
Setor: Ambulatório/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: HEMANGIOMA INFANTIL	Versão: 00
	Folha Nº: 1/13

1. INTRODUÇÃO

Hemangiomas infantis (HI) são os tumores vasculares benignos mais comuns na infância. A grande maioria dos HIs não apresenta complicações nem necessita de intervenção, mas alguns deles podem estar associados a alterações estéticas importantes e morbidade clínica. São caracterizados por uma fase de rápida proliferação de vasos sanguíneos no primeiro ano de vida seguida por uma fase de involução, na qual ocorre uma regressão gradual do tecido vascular, que é substituído por tecido fibroso.

Em relação à epidemiologia, estão presentes em cerca de 4%-5% da população. O sexo feminino é acometido com uma frequência 2-3 vezes maior do que o sexo masculino. As lesões complicadas tendem também a acometer mais as mulheres. Fatores de risco incluem prematuridade, sobretudo se associada a baixo peso, e fatores maternos (idade materna, placenta prévia, pré-eclâmpsia, entre outros). São esporádicos em sua maioria, embora exista uma forma familiar de transmissão.

A patogênese desses tumores não é completamente conhecida. Estudos avaliando espécimes patológicos demonstraram haver expressão aumentada do transportador de glicose GLUT-1 em células endoteliais do hemangioma bem como de antígenos vasculares associados à placenta. Tais alterações não são observadas em células endoteliais normais, podendo ser consideradas um marcador fenotípico do hemangioma. Fatores celulares e moleculares, tais como fator de crescimento vascular endotelial, fator de crescimento de fibroblastos e fator de crescimento semelhante à insulina tipo 21, estão relacionados com as fases de proliferação e regressão.

Há uma enorme heterogeneidade em termos de apresentação e evolução clínica. Em geral, os HI não são clinicamente evidentes ao nascimento, mas tornam-se aparentes nos primeiros dias ou meses de vida. São lesões únicas em sua maioria, podendo ser múltiplas em até 20% dos casos. Ocorrem mais comumente na cabeça e no pescoço, embora possam estar presentes em qualquer região da pele, mucosas e órgãos internos. Em termos de tamanho, podem variar desde poucos milímetros até grandes lesões com vários centímetros .

As complicações, embora infrequentes na população em geral, podem estar presentes em até 25% dos pacientes referenciados para serviços terciários. Tamanho e localização são os principais fatores de risco para sua ocorrência. Entre as complicações mais comuns incluem-se ulceração, sangramento, envolvimento da via aérea, comprometimento visual, complicações viscerais e outras, dependendo da localização anatômica, como obstrução do canal auditivo, prejuízo na alimentação ou fonação por hemangioma na cavidade oral. Ulceração, a complicação mais comum, é particularmente frequente em hemangiomas com rápida proliferação e localizados em regiões predispostas a trauma ou áreas de pressão. É em geral dolorosa, podendo levar a sangramento ou infecções. Sua cicatrização pode deixar algum grau de deformidade. A conduta normalmente se limita a cuidados tópicos da ferida. Sangramento espontâneo de um hemangioma, apesar de temido pelos pais, raramente ocorre. Pressão local resolve o problema na maior parte das vezes. O risco de hemangioma de via aérea é maior na presença de hemangiomas segmentares de cabeça e pescoço. Os sintomas podem evoluir de disfonia inicial até insuficiência respiratória. Os hemangiomas periorbitais podem comprometer o desenvolvimento visual normal. A maioria dos casos que levam a prejuízo visual localiza-se na pálpebra superior, mas outras localizações periorbitais também podem ter consequências deletérias. Hemangiomas hepáticos gigantes (> 5 cm) eventualmente apresentam ruptura espontânea ou após trauma abdominal fechado. Hemangiomas do trato gastrointestinal podem complicar com sangramento. Hemangiomas grandes, em qualquer localização, podem desencadear insuficiência cardíaca de alto débito.

Em relação à história natural, os HIs caracteristicamente apresentam uma fase proliferativa, que é geralmente rápida e ocorre nos primeiros meses de vida. Entre 6-12 meses, pode haver ainda crescimento, porém em ritmo mais lento, sendo incomum

a proliferação adicional após 1 ano de idade. A fase proliferativa é seguida por uma fase de regressão espontânea que tipicamente inicia após 1 ano de idade, podendo durar vários anos. O início da fase de regressão dos hemangiomas superficiais tende a ser mais precoce do que o da fase dos hemangiomas profundos.

Classificação internacional de doenças e problemas relacionados saúde (CID-10); D18.0 Hemangioma de qualquer localização.

2. OBJETIVO

O Protocolo tem como objeto, trazer o conceito geral do hemangioma infantil, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação, é de caráter nacional e deve ser utilizado pelo Hospital da Criança e do Adolescente.

3. PÚBLICO-ALVO

Médicos pediatras.

4. RESPONSÁVEIS

Médico pediátrico assistenciais no hospital Estadual da Criança e do Adolescente.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>CLASSIFICAÇÃO</p> <p>Originalmente descrita por Mulliken e Glowacki em 1982, a classificação atual das alterações vasculares foi revista e atualizada em 2018, pela International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA), tendo contribuído para um avanço importante na compreensão deste tipo de anomalias. Esta classificação baseia-se nos aspetos clínicos, histopatológicos, e na evolução das lesões, dividindo-as em dois grupos: tumores e malformações vasculares. Os tumores vasculares são neoplasias do sistema vascular. Esta categoria inclui o HI, o mais frequente, o hemangioendotelioma kaposiforme, o hemangioma em tufos e o granuloma piogénico ou botriomicoma.</p> <p>Os hemangiomas congénitos são distintos biologicamente, e têm um comportamento diferente do HI. Tal como o nome sugere, estão presentes e completamente desenvolvidos ao nascer. Distinguem-se duas variantes: o hemangioma congénito não involutivo (NICH) e o hemangioma congénito rapidamente involutivo (RICH).</p> <p>As malformações vasculares são constituídas por vasos sanguíneos anómalos sem proliferação endotelial, e classificam-se de acordo com o componente predominante, isto é:</p>	Médico

	malformação capilar (mancha de vinho do Porto), mancha salmão, malformação venosa, linfática ou arteriovenosa. Ao contrário do HI, estas lesões estão normalmente presentes ao nascer, e persistem durante a vida.	
2	<p>PATOGÉNESE</p> <p>A patogénese do HI, apesar do estudo intensivo de que tem sido alvo, não foi ainda completamente elucidada. O HI parece ser o resultado de um desequilíbrio na regulação da vasculogénese e da angiogénese intrínseca, em associação com fatores externos como a hipoxia tecidual e fatores ambientais.</p> <p>Durante o seu desenvolvimento, as células endoteliais no HI expressam um fenótipo particular com marcação positiva para a proteína transportadora de glucose (GLUT1), também expressa pelas células endoteliais placentárias, mas ausente noutros tumores e malformações vasculares. Atualmente, o GLUT1 é o marcador imuno-histoquímico mais útil e usado no diagnóstico diferencial do HI, sendo expresso pelas células endoteliais do HI em todas as fases da sua evolução.</p>	Médico
3	<p>ASPETOS CLÍNICOS</p> <p>Os hemangiomas podem ser superficiais, profundos ou constituir lesões mistas, de acordo com as estruturas cutâneas envolvidas. O aspeto clínico depende do tipo de hemangioma presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os superficiais afetam normalmente a derme papilar e reticular, podem ter um aspeto nodular ou em placas, de coloração vermelha viva e, em geral, de consistência elástica, sendo pouco compressíveis; • Os profundos envolvem a derme profunda e o tecido celular subcutâneo, apresentando-se como nódulos ou tumores parcialmente compressíveis, frequentemente com tonalidade azulada, rede venosa proeminente ou telangiectasias superficiais, podendo ter temperatura aumentada à palpação. • Pode haver hemangiomas combinados com componente superficial e profundo ocorrendo em 25% a 30% dos casos. Têm um componente superficial de tonalidade vermelha viva e um componente azulado mais profundo. <p>Podem classificar-se ainda de acordo com a extensão anatómica em focais (67%), segmentares (13%) ou indeterminados. Os HI segmentares apresentam maior correlação com anomalias estruturais, complicações e necessidade de tratamento.</p>	Médico
4	<p>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</p> <p>Hemangiomas que acometem a superfície cutânea são facilmente diagnosticados por exame físico devido a seu aspecto clínico característico. Ao contrário das marcas de nascença, cujo aspecto tende a se manter relativamente constante ao longo da vida, os hemangiomas mostram mudanças nos primeiros meses de vida. O diagnóstico é confirmado pela presença de uma lesão vascular de aspecto típico com crescimento nos primeiros meses de vida. Deve ser feito diagnóstico diferencial com outras lesões, como manchas de vinho do porto, malformações arteriovenosas, malformações venosas e malformações linfáticas.</p>	Médico

5	Os hemangiomas superficiais envolvem a derme superficial e se apresentam como lesões vermelhas e brilhantes, tanto na forma de placas como de pápulas ou nódulos; os hemangiomas profundos envolvem a camada profunda da derme e o tecido subcutâneo e se apresentam como nódulos da mesma cor da pele ou azulados. Hemangiomas de localização mucosa ou em estruturas internas podem suscitar suspeita pela história e pelo exame físico, mas geralmente necessitam de confirmação por métodos de imagem.	Médico
6	DIAGNÓSTICO POR IMAGEM Exames de imagem, como ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, podem, em alguns poucos casos, ser necessários para confirmar a natureza vascular e identificar os componentes venosas, arterial ou linfático e o comprometimento de órgãos e estruturas mais profundas.	
7	A ultrassonografia normalmente revela uma lesão hiperecoica, homogênea e bem delimitada. A dopplerfluxometria pode mostrar a presença de fluxo sanguíneo em 10%-50% dos casos, não aumentando, portanto, a acurácia da ultrassonografia para o diagnóstico de hemangioma. É um exame útil nos casos de hemangiomas hepáticos e de hemangiomas cutâneos extensos para avaliar a profundidade, o comprometimento de estruturas adjacentes e a resposta ao tratamento .	Médico
8	A tomografia computadorizada revela, na fase sem contraste, uma lesão hipodensa e bem delimitada. O contraste provoca um realce nodular periférico precoce seguido de um padrão centrípeto durante a fase tardia. Pode ser útil para avaliação da extensão de hemangiomas complicados ou para avaliação complementar de lesões suspeitas de hemangioma hepático quando a ultrassonografia é inconclusiva. Sua grande desvantagem é a exposição da criança à radiação ionizante.	Médico
9	A ressonância magnética é o exame não invasivo de melhor acurácia para o diagnóstico de hemangiomas, com sensibilidade de cerca de 57%-73% e especificidade de 91%-97%. O aspecto típico é o de uma lesão homogênea, bem delimitada, com baixa intensidade de sinal em T1 e hiperintensidade em T2. Áreas de fibrose no interior do hemangioma podem gerar áreas hipotensas em T2. A administração de contraste paramagnético (gadolínio) resulta em realce nodular periférico ou realce globular precoces na fase arterial, com progressivo realce centrípeto nas fases posteriores, de forma semelhante à da tomografia. A ressonância magnética pode ser particularmente útil para diferenciar hemangiomas de malformações arteriovenosas e venosas, além de avaliar a extensão de lesões complicadas, especialmente na cabeça e no pescoço.	Médico
10	A arteriografia, um exame invasivo que requer radiação ionizante, é raramente utilizada para diagnóstico. Fica reservada para lesões com aspecto de tumor vascular cuja etiologia não foi adequadamente esclarecida por outros métodos.	Médico

	Exames endoscópicos, como fibro broncoscopia, endoscopia digestiva e colonoscopia, podem visualizar hemangiomas localizados em superfícies mucosas da via aérea superior e no trato gastrointestinal superior e no inferior, estando recomendados nessas situações.	Médico
11	A biópsia da lesão é raramente necessária, além de trazer um risco de complicações, como ulceração e sangramento. Fica reservada para lesões atípicas, quando há suspeita de outros tumores de partes moles no diagnóstico diferencial (por exemplo, hemangioendotelioma kaposiforme, rabdomiossarcoma, entre outros).	Médico
12	<p>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</p> <p>Serão incluídas neste protocolo de tratamento os pacientes com menos de 2 anos de idade e com diagnóstico clínico, por imagem, endoscópico ou anatomopatológico de HI que apresentem pelo menos uma das características abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acometimento de via aérea ou trato gastrointestinal; - envolvimento de estrutura com risco de dano funcional ou cosmético permanente; - insuficiência cardíaca de alto débito decorrente de hemangioma; ou - hemangioma cutâneo extenso ou de rápido crescimento em período não superior a 1 ano. 	Médico
13	<p>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</p> <p>Serão excluídos deste Protocolo de tratamento os pacientes que apresentarem pelo menos uma das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - história de hipersensibilidade ou contra-indicação a medicamento respectivamente indicado no Protocolo; - história de imunodeficiência ou tumor maligno; ou - presença de hepatopatia grave definida por elevação de transaminases/aminotransferases (5 vezes acima do valor da normalidade) ou prolongamento no tempo de protrombina (RNI maior de 1,5). 	Médico
14	<p>CASOS ESPECIAIS</p> <p>O hemangioma hepático é um subtipo especial, com aspectos particulares relacionados ao tratamento. Serão considerados casos especiais neste Protocolo os pacientes em qualquer idade, com hemangioma hepático maior de 5 cm (denominado hemangioma gigante), na presença de sintomas ou sinais anatômicos ou funcionais.</p> <p>Os hemangiomas hepáticos são geralmente diagnosticados por exames de imagem, por apresentarem características específicas à ultrassonografia, à tomografia computadorizada e à ressonância magnética. Em algumas situações, uma combinação de métodos pode ser necessária. Biópsia percutânea não é recomendada neste Protocolo para confirmação diagnóstica em razão do</p>	Médico

	potencial risco de sangramento, embora alguns estudos tenham demonstrado segurança com seu uso.	
15	A história natural dos hemangiomas hepáticos não é conhecida. Algumas séries demonstram que eles permanecem estáveis ao longo do tempo. Porém crescimento progressivo com desenvolvimento de sintomas foi relatado em alguns casos, havendo necessidade de ressecção cirúrgica. Rompimento espontâneo é raro, embora esteja descrito em pacientes com hemangiomas gigantes. Também há relatos de sangramento após trauma abdominal fechado, sendo o risco maior em hemangiomas gigantes e de localização periférica.	Médico
16	Pacientes assintomáticos ou com lesões menores de 5 cm não necessitam de acompanhamento nem de tratamento específico. Já para os com hemangiomas gigantes, sobretudo se sintomáticos, há necessidade de acompanhamento periódico (geralmente semestral) por ultrassonografia abdominal. Pacientes com lesões > 5 cm e com dor ou sintomas decorrentes de compressão de outras estruturas devem ser avaliados para ressecção cirúrgica, considerado tratamento padrão nesta situação. É importante certificar-se da relação dos sintomas com a presença do hemangioma, uma vez que até 25% dos pacientes persistem sintomáticos após a ressecção da lesão. Na ausência de sintomas, o risco de sangramento é muito baixo, não havendo, portanto, necessidade de ressecção cirúrgica. Opções de tratamento não cirúrgico, que devem ser consideradas nos casos com contraindicação à cirurgia, incluem embolização da lesão por arteriografia e uso sistêmico de alfainterferona, conforme especificado neste protocolo. Porém não há evidências de eficácia a longo prazo de estratégias não cirúrgicas.	Médico
17	TRATAMENTO A conduta terapêutica deverá ser individualizada de acordo com tamanho da lesão, localização, presença ou possibilidade de complicações, potencial para fibrose e deformações permanentes, idade do paciente e taxa de crescimento ou regressão no momento da avaliação. O risco potencial do tratamento deverá sempre ser considerado em relação a seus benefícios.	Médico
18	Dado seu potencial de regressão, a grande maioria dos HIs é conduzida de forma expectante, com adequada orientação aos pais sobre a história natural e potenciais complicações. O tratamento local com corticosteroides intralesionais ou tópicos é reservado a casos com lesões pequenas e não complicadas, não sendo objeto deste protocolo. O tratamento cirúrgico é geralmente reservado para pacientes com fibrose cicatricial extensa após regressão da lesão, hemangiomas cutâneos pedunculados (devido ao risco de fibrose) e lesões com regressão lenta em áreas esteticamente delicadas.	Médico
19	O tratamento cirúrgico pode ainda ser considerado em casos de hemangiomas ulcerados refratários ao tratamento sistêmico. É importante destacar que a cicatriz cirúrgica pode ter	Médico

	consequências estéticas mais deletérias do que a fibrose da regressão espontânea.	
20	O tratamento sistêmico está indicado para pacientes com hemangiomas complicados e para aqueles com risco de dano funcional ou estético permanente.	Médico
21	A administração de glicocorticosteroides é o tratamento de escolha na grande maioria das vezes. Em caso de falha, propranolol e alfainterferona constituem agentes alternativos. As recomendações são baseadas em estudos observacionais e em séries de casos, uma vez que não há ensaios clínicos randomizados comparando as diferentes estratégias terapêuticas.	Médico
22	O mecanismo de ação dos corticosteroides sobre os hemangiomas não é completamente conhecido, mas acredita-se haver uma inibição direta da produção de fatores de crescimento relacionados com a proliferação vascular. Em relação à eficácia, uma metaanálise revisou 24 séries de casos de pacientes com hemangiomas tratados com corticosteróides. Os pacientes incluídos, com hemangiomas cutâneos complicados, foram tratados com prednisona na dose de 3 mg/kg/dia ou dose equivalente de outro corticosteroide. Foram excluídos pacientes com mais de 2 anos de idade e os com hemangiomas estáveis ou em regressão. O desfecho primário (resposta ao tratamento) foi definido como ausência de crescimento adicional ou regressão da lesão após o início da administração do corticosteroide. Foi observada ainda a ocorrência de recaída, definida como crescimento da lesão após suspensão ou redução da dose do fármaco.	Médico
23	A média de idade dos pacientes foi de 4,5 meses, tratados em média por 1,8 mês (IC95% 1,5-2,2 meses) antes do início da redução de dose. A taxa média de resposta foi de 84% (IC95% 78%-89%), e a de recaída, de 34% (IC95% 29%-44%). Efeitos adversos foram observados em 35% dos casos, sendo os mais comuns irritabilidade, alterações do comportamento, aspecto cushingoide e atraso transitório no crescimento. Diante dos resultados, os corticosteroides são considerados os agentes de primeira escolha no tratamento dos HIs.	Médico
24	Alfainterferona é também alternativa terapêutica para pacientes com hemangiomas complicados refratários aos corticosteroides, visto ser um potente inibidor da angiogênese. Ezekowitz e colaboradores avaliaram seu uso em 20 crianças com hemangiomas complicados refratários aos corticosteroides. O fármaco foi administrado na dose diária de 3.000.000 UI/m ² , por via subcutânea. As lesões reduziram-se em mais de 50% em 18-20 pacientes após um período médio de tratamento de 7,8 meses (variação de 2-13 meses). Em relação aos efeitos adversos, todos os pacientes apresentaram reação febril e neutropenia transitória. Não foram relatados outros efeitos tóxicos.	Médico
25	FÁRMACOS - Prednisona: comprimidos de 5 e 20 mg - Prednisolona: solução oral 4,02 mg/ml	Médico

	<p>- Propranolol: comprimido de 10 mg; solução oral de 1 mg/ml</p> <p>- Alfainterferona: frasco-ampola de 3.000.000 UI, 5.000.000 UI e 10.000.000 UI</p>	
26	<p>ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO</p> <p>- Prednisona ou prednisolona: 3 mg/kg/dia, por via oral, diariamente, com redução gradual de dose após resposta terapêutica.</p> <p>- Propranolol: 2-3 mg/kg/dia, por via oral, divididos em 3 doses diárias.</p> <p>- Alfainterferona: 3.000.000 UI/ m2/aplicação (ou 100.000 UI/Kg/aplicação), por via subcutânea, 5 vezes por semana durante 3 meses; após 3 meses, se houver necessidade de manter o tratamento, reduzir a frequência de aplicações para 3 vezes por semana no máximo até 12 meses.</p>	Médico
27	<p>BENEFÍCIOS ESPERADOS</p> <p>Espera-se com o tratamento uma redução das proporções da lesão, com diminuição dos sintomas decorrentes, objetivando a prevenção ou reversão de complicações com risco de vida ou de disfunção permanente e prevenção ou minimização de deformações.</p>	Médico
28	<p>MONITORIZAÇÃO</p> <p>Os pacientes deverão ser avaliados semanalmente no primeiro mês de tratamento, quinzenalmente no segundo e mensalmente a partir do terceiro no que diz respeito aos resultados do tratamento e à presença de efeitos adversos. Exames de imagem para avaliação da resposta terapêutica deverão ser realizados somente por pacientes que deles necessitarem pelo menos a cada 90 dias até que o benefício esperado seja atingido.</p> <p>Os efeitos adversos mais comuns com o uso de prednisona são alterações do comportamento (agitação, insônia, humor deprimido), desenvolvimento de aspecto cushingoide, retardo do crescimento e desconforto epigástrico. Complicações graves associadas ao uso de corticosteroide, como necrose asséptica do quadril, hipertensão, osteoporose e cataratas, são muito raras em crianças. Retardo do crescimento costuma ser transitório, com a criança recuperando a curva normal de crescimento em torno dos 2 anos de idade. Se forem observados efeitos adversos toleráveis, a dose deverá ser reduzida para a menor dose clinicamente eficaz até sua suspensão. Como já expresso acima, o tratamento deverá ser interrompido se houver toxicidade grave.</p>	Médico
29	<p>Alfainterferona tem como principais efeitos adversos febre, irritabilidade, neutropenia e alteração dos níveis das enzimas hepáticas (aminotransferases/transaminases - AST/TGO e ALT/TGP). Infrequentemente, pode ocorrer hipotireoidismo. A</p>	Médico

	<p>avaliação clínica de rotina deverá ser complementada com a realização de hemograma completo e dosagem de AST/TGO e ALT/TGP). Dosagem de TSH deverá ser realizada previamente e após o término do tratamento ou a qualquer tempo se houver clínica de hipotireoidismo.</p> <p>Se ocorrer neutropenia moderada (neutrófilos de 500-1.000/mm³) ou elevação assintomática de transaminases (até 5 vezes o valor de referência), recomenda-se interromper temporariamente o tratamento e reiniciá-lo com redução da dose em 30% após a normalização dos exames. Se ocorrer neutropenia grave (neutrófilos abaixo de 500/mm³), alterações sintomáticas de transaminases ou ainda elevação além de 5 vezes o valor de referência, o tratamento deverá ser interrompido até a normalização dos exames e reiniciado com redução da dose em 50%. Ocorrência de efeito adverso com risco à vida implicará a suspensão definitiva do tratamento.</p>	
30	<p>ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO</p> <p>Concluído o tratamento, os pacientes deverão manter acompanhamento médico semestral nos primeiros 2-3 anos. Pacientes cujas lesões não possam ser completamente avaliadas por exame físico deverão realizar exames de imagem de forma complementar no acompanhamento. Após 2-3 anos, o risco de recaída da doença é mínimo, e os pacientes poderão manter acompanhamento pediátrico usual.</p>	Médico
31	<p>TERAPÊUTICA SISTÊMICA ALTERNATIVA</p> <p>Antes da descoberta da eficácia terapêutica do propranolol no HI, a corticoterapia desempenhava um papel de primeira linha, permanecendo ainda como modalidade terapêutica eficaz sobretudo nos casos em que o propranolol tem riscos ou é contraindicado, e nos casos que, embora raros, têm sido descritos de resistência a este fármaco. O mecanismo de ação dos corticoides envolve a redução da vasculogênese e a estimulação da adipogênese.</p> <p>A dose utilizada é de 2 a 5 mg/kg/dia de prednisolona por via oral, sendo o tempo de tratamento dependente da resposta à terapêutica, da idade do doente, da fase em que se encontra o hemangioma e de eventuais complicações da terapêutica, mas varia entre as 4 e as 12 semanas, devendo a redução da dose fazer-se de maneira lenta e progressiva. A resposta à terapêutica é variável, oscilando entre 30% a 84%, com respostas marcadamente efetivas ou apenas uma redução da taxa de crescimento da lesão.</p> <p>Outros medicamentos têm tido eficácia no tratamento dos HI, mas a sua utilização tem sido limitada pelo seu perfil de segurança: A vincristina tem sido utilizada nalguns HI complicados sem resposta a outras terapêuticas, mas tem efeitos secundários como irritação e necrose local, neurotoxicidade, obstipação, alopecia e toxicidade hematológica.</p> <p>Os interferões 2α e 2β têm sido utilizados em situações graves e resistentes com sucesso pelo seu efeito inibidor da angiogênese, mas têm efeitos colaterais relevantes como febre, mal-estar, diarreia, neutropenia, anemia e elevação das transaminases. A</p>	Médico

	complicação mais grave é, no entanto, a diplegia espástica, alteração neurológica grave que pode ser irreversível.	
32	<p>TERAPÊUTICA LOCAL</p> <p>Os agentes locais utilizam-se em HI pequenos, superficiais ou nos quais a terapêutica sistêmica é contraindicada.</p> <p>A aplicação tópica de maleato de timolol, um betabloqueante não seletivo, tem sido utilizada com resultados promissores no tratamento do HI, especialmente nas lesões pequenas e superficiais. Não existem atualmente preparações estandardizadas para uso tópico.</p> <p>O maleato de timolol está disponível em formulações para uso oftálmico a 0,5%. Uma gota duas vezes por dia é a dose habitualmente recomendada no tratamento dos HI.</p> <p>Não foram ainda estabelecidas guidelines para a terapêutica tópica com timolol, mas o risco de absorção sistêmica existe, e deve ser levado em consideração no tratamento de hemangiomas de grandes dimensões, ulcerados, em superfícies mucosas ou sob oclusão, podendo nestes casos levar ao consequente aparecimento de efeitos secundários.</p> <p>Os corticoides administrados intralesionalmente ou topicamente parecem ser eficazes nalguns HI mais pequenos e mais localizados, mas a dose terapêutica e o perfil de segurança não estão bem estudados, utilizando-se habitualmente a triancinolona (10-20 mg/mL), na dose máxima de 3-5 mg/kg/dose no tratamento de HI perioculares ou em lesões de pequenas dimensões. Podem, no entanto, ocorrer efeitos colaterais como atrofia cutânea e alterações da pigmentação. Alguns casos mais graves cursam com necrose ou compromisso estético.</p> <p>O imiquimod é um imunomodulador tópico que tem sido utilizado com sucesso por alguns autores no tratamento de HI superficiais. A irritação e, por vezes, ulceração associadas ao seu uso limita a sua utilidade como agente terapêutico, não tendo qualquer utilidade no tratamento de lesões profundas.</p>	Médico
33	<p>LASER</p> <p>Embora ainda seja amplamente defendido no tratamento do HI, a utilização de laser de corante pulsado (PDL - comprimento de onda 595 nm) não é melhor do que a atitude vigilante de regressão espontânea, como evidenciado por um grande estudo prospetivo randomizado controlado. Este laser é usado com maior frequência porque a sua radiação luminosa é preferencialmente absorvida pela hemoglobina. Na era pré-propranolol, o laser corante pulsado era utilizado no tratamento de hemangiomas infantis superficiais e ulcerados.² O laser penetra somente 0,75 a 1,2 mm na derme e, portanto, afeta apenas a porção superficial do tumor. Embora o clareamento da lesão possa ocorrer, a massa não é afetada e a involução não é acelerada. Em vez disso, os doentes apresentam um risco aumentado de atrofia e hipopigmentação cutânea.</p> <p>Contudo, o tratamento com laser de corante pulsado do HI pode ainda ser útil na limitação da dor e no tratamento de lesões superficiais precoces não-proliferativas, na preservação de pele de áreas críticas, no controle de ulcerações e no desvanecimento de</p>	Médico

	<p>telangiectasias ou eritemas persistentes pós-involução. Igualmente, pode ser usado como componente da terapia multimodal.</p> <p>A adição de laser díodo (comprimento de onda de 940 nm) ao propranolol sistêmico é uma maneira muito segura e efetiva de diminuir ainda mais o volume e a cor do HI. Esta terapia adjuvante resultou numa melhoria contínua no aspeto do tumor, com 84% dos doentes com volume residual de 0% (em relação ao original), e 89% experimentando uma diminuição entre 0% e 20% da cor inicial. O laser fracionado pode ser usado para melhorar algumas mudanças de textura morfológica do HI.</p>	
34	<p>CIRURGIA</p> <p>Dez por cento dos hemangiomas infantis (HI) causam deformidades ou complicações significativas, geralmente quando localizados na cabeça ou no pescoço. Durante a fase proliferativa, 10% ulceram, sangram ou destroem / obstruem estruturas importantes. Estes tumores são altamente vascularizados durante esse período, não sendo recomendada a cirurgia pelo risco de hemorragia significativa, lesão iatrogénica ou resultado estético inferior ao obtido caso o tecido redundante apenas fosse excisado após a regressão tumoral. A morbilidade anestésica também é 3 a 8 vezes maior em lactentes que em crianças com mais de um ano de idade. Em contrapartida, o HI em involução apresenta lobularidade aumentada e degenerescência adipomatosa, e o número de vasos e débito sanguíneo são reduzidos, facilitando a abordagem cirúrgica.</p> <p>Embora o propranolol tenha vindo a reduzir drasticamente a necessidade de cirurgia, esta permanece importante no tratamento das sequelas, principalmente na ressecção do tecido fibroadiposo residual. As crianças com HI complicados são melhor seguidas e tratadas por médicos com experiência neste tipo de tumor, inseridos numa equipa multidisciplinar.</p>	Médico
35	<p>CONCLUSÃO</p> <p>O tratamento do HI tem evoluído na última década, fruto do reconhecimento do propranolol como terapêutica eficaz e bem tolerada nesta patologia. A identificação e referência precoces dos HI de risco, pelo médico assistente, nas primeiras semanas de vida, são cruciais para a instituição atempada da terapêutica adequada, com impacto significativo no prognóstico</p>	Médico

7. SIGLAS

AD - Anemia por deficiência de ferro

HECAD – Hospital estadual da criança e do adolescente

DII – Doença inflamatória intestinal

SES – Secretaria Estadual de Saúde

HI - Hemangiomas infantis

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Passas MA, Teixeira M. Hemangioma da infância. *Nascer Crescer*. 2016;25:83-9.

Léauté-Labrèze C, Hoeger P, Mazereeuw-Hautier J, Guibaud L, Baselga E, Posiunas G, et al. A randomized, controlled trial of oral propranolol in infantile hemangioma. *N Engl J Med*. 2015;372:735-46. doi:10.1056/NEJMoa1404710.

Mungovan JA, Cronan JJ, Vacarro J. Hepatic cavernous hemangiomas: lack of enlargement over time. *Radiology* 1994; 191: 111- 3.

Reading NG, Forbes A, Nunnerley HB, Williams R. Hepatic haemangioma: a critical review of diagnosis and management. *Q J Med* 1988;67:431- 45.

Curry MP, Chopra S. Hepatic hemangioma. In: Chopra S, ed.: *UpToDate*; 2010.

Greene AK, Mulliken JB. Vascular anomalies. In: Gurtner GC, Neligan PC, editors. *Plastic Surgery: Volume 1: Principles*. 4th ed. Amsterdam: Elsevier; 2017. p.866-87.

9. ANEXOS

Tabela 1 - Anomalias Vasculares: Classificação ISSVA (2018).

Tumor Vascular	Malformação Vascular
Benignos	Simples
Hemangiomas Infantis (HI)	Malformação capilar
Hemangiomas congênitos (RICH; NICH; PICH)*	Malformação linfática
Angioma em tufos	Malformação venosa
Hemangioma de células fusiformes	Malformação arteriovenosa
Hemangioma epitelióide	
Granuloma piogénico	
Localmente agressivos ou borderlin	Combinada
Hemangioendotelioma Kaposiforme	De grandes vasos
Malignos	Associada a outras anomalias




Fonte: Banco de saúde

Tabela 2 - Contraindicações ao uso de propranolol

1 Utilização de fármacos com interação (bloqueadores de canais de cálcio, agentes antiarrítmicos, agentes hipotensores, corticoides, anti-inflamatórios não esteroides)
2 Asma
3 Bloqueio auriculoventricular 2º ou 3º grau
4 Bradicardia
5 Hipotensão
6 Insuficiência cardíaca
7 Hipersensibilidade ao propranolol
8 Feocromocitoma
9 Síndrome de Raynaud

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		Gestor(es) do(s) processo(s)
		xx/xx/ xxxx Data

Protocolo de tratamento de anemia ferropriva no hospital dia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: HOSPITAL DIA	Identificação: 000
Assunto: Protocolo tratamento da Anemia ferropriva no hospital dia	Versão: 00
	Folha N°: 1/6

1. INTRODUÇÃO

Portaria n.º 44/GM de janeiro de 2001 define como Regime de Hospital Dia em seu Art. 2º: [...] a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (SES/MS, 2001).

O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente presta atendimento aos clientes que fazem uso regular de medicações venosas, subcutâneas e intramusculares, aos pós-operatórios imediatos e aos usuários que apresentam alguma intercorrência clínica durante as consultas e o atendimento fisioterápico, bem como seus acompanhantes e os funcionários do hospital.

No faz atendimento a **Anemia ferropriva ou Anemia por carência de ferro**, que é um nutriente essencial ao organismo, associado à produção de glóbulos vermelhos e ao transporte de oxigênio dos pulmões para todas as células do corpo.

A anemia por deficiência de ferro, ou anemia ferropriva, é a mais comum de todas as anemias é as crianças e adolescente em fase de crescimento estão nesse grupo de risco.

No entanto, qualquer pessoa pode desenvolvê-la, se não receber a quantidade adequada de ferro na dieta ou tiver dificuldade de absorção, que ocorre sobretudo nos intestinos.

A Anemia por deficiência de ferro – ADF – é uma comorbidade séria que ocorre frequentemente em diversas situações clínicas como: gastroplastia redutora, doença inflamatória intestinal (DII), anemia no perioperatório, doença renal crônica (DRC), hemodiálise (HD), anemia induzida por quimioterapia, gravidez, anemias pós-parto, etc. A reposição com ferro por via oral é eficaz no tratamento da maioria dos pacientes com anemia ferropriva, entretanto, em algumas situações específicas, nas quais a terapia por via oral é insuficiente para normalizar a hemoglobina e/ou restabelecer os depósitos normais de ferro, a administração de ferro por via parenteral deve ser considerada.

2. OBJETIVO

Fornecer acompanhamento adequando e garantir to tratamento de ferro venoso ou via oral para normalizar os níveis de hemoglobina (Hb), os níveis de ferro nas células e repor as reservas de ferro.

Apresentar a definição e manejo para o tratamento clínico no hospital dia a crianças e adolescente submetidas ao acompanhamento no HECAD.

3. PÚBLICO-ALVO

Médicos pediatras.

4. RESPONSÁVEIS

Médico pediátrico assistenciais no hospital Estadual da Criança e do Adolescente.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Na suspeita de ADF deve-se solicitar um hemograma completo (com os índices hematimétricos e avaliação de esfregaço periférico) e avaliação do perfil de ferro, incluindo ferritina e saturação da transferrina.	Médico
2	Níveis de hemoglobina abaixo de 13g/dL nos homens e, 12g/dL nas mulheres, com saturação de transferrina e ferritina diminuídas indiquem anemia por deficiência de Ferro.	Médico
3	As principais consequências da deficiência de ferro são: - Comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções; - Aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal para mães e recém-nascidos; - Aumento da mortalidade materna e infantil; - Redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com repercussões em outros ciclos vitais;	

	- Diminuição da capacidade de aprendizagem em crianças escolares.	
4	<p>Causas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de ferro na alimentação; - Cirurgia de redução de estômago; - Parasitoses (verminoses) intestinais; - Diarreias frequentes; - Doença Celíaca (intolerância ao glúten); - Perdas expressivas de sangue, em virtude de hemorragias agudas ou crônicas por via gastrintestinal ou como consequência de menstruações abundantes. 	Médico
5	<p>Sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palidez; - Cansaço; - Falta de apetite; - Apatia; - Palpitações; - Taquicardia. 	Médico
6	Nos estágios mais avançados da doença, ocorrem alterações na pele e nas mucosas (atrofia das papilas da língua e fissuras nos cantos da boca) e também nas unhas e nos cabelos, os quais se tornam frágeis e quebradiços.	Médico
7	Em crianças, pode afetar o crescimento, a aprendizagem e aumentar a predisposição a infecções.	Médico
8	<p>Diagnóstico</p> <p>É importante realizar o levantamento da história, avaliação clínica e dos hábitos alimentares, além da realização de exames laboratoriais (hemograma, sangue oculto nas fezes, por exemplo) e de imagem (ultrassom, endoscopia) para investigar a origem de possíveis perdas de sangue.</p>	Médico
9	<p>Tratamento</p> <p>Importante determinar e corrigir a causa da deficiência de ferro. Uma vez constatada a carência, recomendar uma dieta rica em ferro e prescrever sulfato ferroso por via oral, ou realizar o uso do medicamento por via endovenosa, quando necessário.</p> <p>O tratamento deve ser mantido durante, aproximadamente, 6 meses depois de o exame de sangue acusar níveis normais de ferro no organismo.</p>	Médico
10	<p>Recomendações</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dieta equilibrada e rica em ferro é fundamental para prevenir a anemia por deficiência de ferro; - A adesão ao tratamento é a melhor forma de restabelecer os níveis normais de ferro no sangue; - Alimentos enriquecidos com ferro (leite, iogurte, pães, cereais matinais, feijão, etc.) ajudam a suprir as necessidades diárias de ferro, que variam de acordo com a idade e o sexo. 	Médico
11	Noripurum® ferripolimaltose solução injetável endovenosa 20 mg/ml (100 mg/5 ml). Uso endovenoso adulto e pediátrico.	Médico
12	O tratamento com ferro parenteral deve ser interrompido temporariamente quando a saturação de transferrina for superior a 30% ou a ferritina sérica for superior a 500 ng/ml. Após o retorno dos valores de ferritina sérica para níveis abaixo de 500 ng/ml, reiniciar reposição com dose menor de ferro.	Médico
13	<p>Alimentos fontes de ferro</p> <p>O ferro é um micronutriente essencial para a vida e atua principalmente na síntese de células vermelhas do sangue (hemácias) e no transporte do oxigênio no organismo. Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal, sendo mais bem absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). São alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente</p>	Médico

	vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha. Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A, disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura).	
14	As necessidades de ferro durante os primeiros anos de vida são muito elevadas, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva. Dessa forma, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado.	Médico
15	Primeiros seis meses de vida 1. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. 2. Suplementação profilática de ferro para crianças prematuras e que nasceram com baixo peso.	Médico
16	A partir dos seis meses até dois anos de idade: 1. Alimentação complementar saudável e adequada em frequência, quantidade e biodisponibilidade de ferro. 2. Suplementação de ferro profilática. 3. Fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó.	Médico
17	As ações de educação alimentar e nutricional para a promoção da alimentação adequada e saudável preveem o estímulo ao consumo de alimentos que contenham ferro de alta biodisponibilidade na fase de introdução da alimentação complementar e em fases de maior vulnerabilidade para essa deficiência. A utilização de suplementação medicamentosa com sais de ferro para prevenir e tratar a anemia é um recurso tradicional e amplamente utilizado, sendo a forma oral de administração a preferencial. Ela deve ser usada como ação curativa em indivíduos deficientes ou, profilaticamente, em grupos com risco de desenvolver anemia. A fortificação de alimentos refere-se à fortificação de farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico – Resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002, da Anvisa.	Médico
18	Mais recentemente, tem-se proposto a utilização de múltiplos micronutrientes para a prevenção da anemia – ação conhecida como fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó. Essa ação prevê a adição direta de múltiplos nutrientes em pó aos alimentos já prontos para o consumo e tem se mostrado bastante eficaz e efetiva, sendo inclusive reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (ENGLE et al., 2007; BHUTTA et. al., 2008; DEWEY, 2009; WHO, 2011). Recomenda-se que as ações de educação alimentar e nutricional sejam acompanhadas pela suplementação de ferro para crianças e gestantes ou pela fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó.	Médico

7. SIGLAS

AD - Anemia por deficiência de ferro

HECAD – Hospital estadual da criança e do adolescente

DII – Doença inflamatória intestinal

SES – Secretaria Estadual de Saúde

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Anemia por Deficiência de Ferro, http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2014/pcdt_Anemia_DeficienciaFerr_o_2014. Acesso em 28/08/17.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Anemia na Doença Renal Crônica, Portaria nº 365, de 15 de fevereiro de 2017.

9. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Protocolo de Atendimento - Celulite Periorbitária

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>		agir
Sector: Ambulatório/Enfermaria		Identificação: 000
Assunto: PROCOLO DE ATENDIMENTO - CELULITE PERIORBITÁRIA		Versão: 00
		Folha Nº: 1/x

1 OBJETIVO

Orientar manejo e conduta da Celulite Periorbitária

2 INTRODUÇÃO

2.1 DEFINIÇÃO

A celulite periorbitária, ou celulite pré-septal, é a infecção dos tecidos palpebrais e periorbitários, limitada à região anterior do septo orbitário. Essa patologia pode se iniciar a partir de infecções superficiais da pele, que atuam como porta de entrada de patógenos. Dentre os principais agentes, estão: *S. pyogenes*, *S. epidermidis* e *S. aureus*. Pode ocorrer também por afecções das pálpebras, como dacriocistite, e como complicação de sinusite etmoidal.

O globo ocular é limitado pela presença dos seios paranasais e envolvido pelo periósteo. O periósteo forma uma membrana fina, de tecido fibroso, resistente, que delimita e protege a região anterior da órbita, chamado Septo orbitário, que separa as estruturas superficiais das pálpebras das regiões mais profundas e próximas da órbita.

A celulite periorbitária, ou pré-septal, se caracteriza, portanto, pela infecção da região anterior ao septo. Já a celulite orbitária decorre da infecção após o septo orbitário, atingindo estruturas mais profundas.

2.2 ETIOLOGIA

A celulite periorbitária ocorre, principalmente, por infecção direta da pálpebra, sendo as principais causas: trauma local, picadura de insetos, lesões de pele associadas a infecções secundárias. Além disso, podem decorrer de abscesso palpebral ou periorbital, conjuntivite, dacriocistite, sinusite, bacteremia, dentre outros.

Os agentes etiológicos podem ser divididos de acordo com a patogênese da lesão. Nos casos de trauma, os principais agentes são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus epidermidis*. Na bacteremia, temos o *Streptococcus pneumoniae*.

2.3 EPIDEMIOLOGIA

A celulite pré-septal tem maior prevalência em pacientes pediátricos, ocorrendo em crianças abaixo de 10 anos, e sendo mais comum em menores de 5 anos de idade. Essa infecção tem predomínio no sexo masculino.

2.4 QUADRO CLÍNICO

Na celulite pré-septal, ocorre infecção de tecidos periorbitários, provocando quadro de dor ocular, febre, edema e hiperemia palpebral, e, em casos mais complicados,

quemose conjuntival. Por não atingir a região da órbita, há preservação do movimento ocular e da função da pupila, ausência de proptose e diplopia.

A celulite periorbitária pode ser dividida em 3 tipos:

	LEVE	MODERADO	GRAVE
Idade	>3 meses	< 3 meses	< 3 meses
Hiperemia e edema	Periorbital, SEM acometimento palpebral	Periorbital, COM acometimento palpebral	Acometimento extenso periorbital e palpebral
Abertura ocular	Espontânea pelo paciente	Manual pelo paciente ou médico	Manual apenas pelo médico
Acuidade visual	Sem alteração	Sem alteração	Sem alteração
Febre	Ausente	Ausente	Pode estar presente
Leucócitos	Normal	Normal	Pode estar aumentado

*Se não for possível realizar abertura ocular, ou alteração da acuidade visual e das pupilas, considerar como Celulite Orbitária.

2.5 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da celulite periorbitária depende de uma avaliação clínica completa. Se esta avaliação for adequada, é possível diagnosticar os casos leves sem a necessidade de exames complementares, uma vez excluída a celulite orbitária.

Os exames complementares podem ser necessários para diagnosticar os casos moderados e graves, e em casos de dúvida diagnóstica. Dentre os exames, estão: hemograma, proteína c reativa, ureia, creatinina, função hepática, eletrólitos, hemocultura e *swab* de descarga conjuntival. Exames de imagem também auxiliam a determinar a fonte da infecção e a delimitar as possíveis complicações em casos específicos, como crianças não colaborativas e ausência de melhora após início de antibioticoterapia. Pode ser solicitada como exame inicial a Tomografia computadorizada (TC) de órbita e de seios da face com contraste, para avaliar o acometimento das estruturas. Dentre os achados sugestivos de celulite periorbitária estão: edema palpebral e de tecidos pré-septais adjacentes, ausência de inflamação da região orbitária. O estadiamento de Chandler delimita a extensão do acometimento.

- Estágio I - Celulite pré-septal

- Estágio II - Edema orbitário inflamatório
- Estágio III - Abscesso subperiosteal
- Estágio IV - Abscesso orbitário
- Estágio V - Trombose do seio cavernoso

2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Celulite pós septal
- Dermatite de contato
- Edema periorbitário por alergias ou angioedema
- Hordéolo
- Calázio
- Conjuntivite
- Dacriocistite

2.7 COMPLICAÇÕES

A principal complicação da celulite pré-septal é a Celulite Orbitária, que ocorre quando a infecção se dissemina posterior ao septo orbitário. Esse é um quadro grave, uma vez que acomete estruturas mais profundas, podendo provocar abscessos subperiosteais ou orbitários, compressão de nervo óptico, ocasionando redução da acuidade visual, trombose de seio cavernoso, meningite. Os casos de Celulite Orbitária necessitam de tratamento com antibioticoterapia endovenosa, e os abscessos indicam tratamento cirúrgico imediato.

2.8 TRATAMENTO

Inicialmente, o tratamento deverá ser realizado com antibioticoterapia empírica, uma vez que, na maioria dos casos, não será possível a identificação do agente causador. Logo, a escolha dos antibióticos deve ser feita de acordo com os patógenos mais comuns de acordo com a história clínica do paciente. Os casos classificados como leves podem ser tratados de forma ambulatorial, com reavaliações em 24-48h para acompanhamento da evolução do quadro, e com antibióticos orais por 7-10 dias.

As indicações para tratamento endovenoso são:

- Ausência de resposta ao tratamento oral após reavaliação em 24-48h
- Dúvida diagnóstica (iniciar tratamento endovenoso até elucidação do caso)
- Casos moderados e graves
- Pacientes menores de 1 ano de idade
- Imunização incompleta
- Sinais de doença sistêmica
- Presença de sinusite

Indicações	1° ESCOLHA	ALTERNATIVA
- Maior que 1 ano de idade - História de trauma - Imunização completa	- Cefalexina: 100 mg/kg/dia, máx.: 1.000 mg/dose VO ² - Amoxicilina + clavulanato: 50–90 mg/kg/dia 12/12h VO ¹	Se MRSA: - SMZ-TMP: 8-12 mg/kg/dia do trimetoprim, dividido de 12/12h; Máx. 800 mg sulfametoxazol e 160 mg trimetoprim VO - Clindamicina: 30- 40 mg/kg/dia, dividido em 3–4 doses VO ⁴

Além das medicações, é de suma importância a abordagem conjunta com Oftalmologista e Otorrinolaringologista para prevenção e avaliação de possíveis complicações.

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Geoffrey M Kwitko, MD, FACS, FICS. Preseptal Cellulitis. Medscape Updated: Dec 01, 2017

[Guideline: Peri-Orbital and Orbital Cellulitis: Emergency Management in Children. Children's Health Queensland Hospital and Health Service](#)

Nelson. Tratado de Pediatria - Richard E. Behrman, Hal B. Jenson, Robert Kliegman. 18ª Edição. Elsevier. 2011.


UptoDate: Preseptal cellulitis. Last updated: Oct 28, 2021.

4. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Protocolo clínico para manejo e tratamento em quadros de conjuntivite e traumas oculares

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo clínico para manejo e tratamento em quadros de conjuntivite e traumas oculares	Versão: 00
	Folha Nº: 1/x

1.OBJETIVO

Descrever o protocolo clínico para manejo e tratamento em quadros de conjuntivite e traumas oculares.

2.INTRODUÇÃO

2.1 DEFINIÇÃO

Conjuntivite: São caracterizadas por dilatação vascular, infiltração celular e exsudação. Classificadas como: infecciosas (bacterianas ou virais), alérgicas ou irritativas (químicas).

Anamnese: Avaliação dos sinais e sintomas: coceira, secreção, irritação, dor, fotofobia, visão turva. Além disso é importante se atente na duração dos sintomas, fatores agravantes, apresentação unilateral ou bilateral, características da secreção, exposição recente a uma pessoa infectada, traumas (mecânica, química, ultravioleta), sintomas e sinais relacionados a doenças sistêmicas (por exemplo, secreção geniturinária, disúria, infecção respiratória superior, lesões de pele e mucosas, alergia, asma, eczema, uso de medicamentos tópicos e sistêmicos, episódios anteriores de conjuntivite, cirurgia oftálmica prévia, comprometimento do estado imunológico (por exemplo, vírus da imunodeficiência humana, quimioterapia, imunossuppressores, doenças sistêmicas), estilo de vida do paciente e da família).

Exames clínico e laboratorial: O exame inicial inclui a medição da acuidade visual, exame externo dos olhos, e biomicroscopia com lâmpada de fenda. Culturas da conjuntiva são indicadas em todos os casos de suspeita de conjuntivite infecciosa neonatal.

Tratamento: O uso indiscriminado de antibióticos tópicos ou corticosteróides deve ser evitado.

Os antibióticos podem induzir toxicidade, e os corticosteróides podem prolongar infecções por adenovírus e, além disso, piorar infecções pelo vírus herpes simples.

2.2 CONJUNTIVITES BACTERIANAS

As bactérias são responsáveis pela maioria das conjuntivites pediátricas.

Os principais agentes em crianças são:

- Haemophilus influenzae;
- Streptococcus pneumoniae;
- Moraxella catarrhalis.

São muito comuns e geralmente autolimitadas.

A conjuntivite neonatal ocorre durante o primeiro mês de vida, sendo a Chlamydia trachomatis o principal agente causal, também podendo decorrer de infecção por Neisseria gonorrhoeae.

Quadro clínico

O sinal clínico mais frequente é a presença de secreção amarelada e espessa. Pela manhã as pálpebras estão “grudadas” e difíceis de abrir devido ao acúmulo de secreção durante a noite. Outros sinais são: hiperemia conjuntival, principalmente em direção aos fórnices, sensação discreta de corpo estranho, lacrimejamento, queimação, ausência de linfadenopatia pré-auricular.

Ambos os olhos estão geralmente envolvidos, embora um possa ser afetado alguns dias antes do outro. A acuidade visual é normal. A duração da infecção bacteriana pode variar, mas em geral se resolve em uma semana.

Tratamento

A conjuntivite bacteriana simples se resolve mesmo sem tratamento. A limpeza local com água limpa e abundante é muito importante. O isolamento do agente causal por meio de cultura é oneroso e demorado sendo, portanto, desnecessário em casos de conjuntivites bacterianas agudas simples.

Quando haver necessidade de uso de medicações, recomendam-se colírios antibióticos de largo espectro durante o dia e pomada à noite. O uso de fármacos recomenda-se uma discussão com o infectologista.

2.3 CONJUNTIVITES VIRAIS

O adenovírus é o principal agente causal podendo manifestar-se como ceratoconjuntivite epidêmica ou febre faringoconjuntival. O vírus Herpes simples pode causar uma conjuntivite mais agressiva.

Quadro clínico

A maioria das infecções virais produz uma conjuntivite moderada e autolimitada, mas algumas têm o potencial de produzir danos visuais importantes.

A febre faringoconjuntival afeta tipicamente crianças e causa infecção do trato respiratório superior. É associado quadro de febre e dor de garganta. Podem ocorrer sinais clínicos como: hiperemia conjuntival, lacrimejamento, secreção sero-mucosa, edema palpebral, fotofobia e linfadenopatia pré-auricular. São altamente contagiosas.

Tratamento

O tratamento primário consiste em orientação do paciente. Recomenda-se o afastamento das atividades escolares até a completa melhora do quadro; deve-se orientar a higiene frequente das mãos e separação de toalhas, roupas de cama. Drogas antivirais são ineficientes contra adenovírus.

2.4 CONJUNTIVITES ALÉRGICAS

Em geral são induzidas por alérgenos específicos, que podem ser inalantes, pólen ou outras substâncias vegetais, assim como pelos de animais e poeira.

Quadro clínico

Os sinais clássicos das conjuntivites alérgicas são hiperemia conjuntival, prurido e ausência de linfonodopatia. As principais formas são a conjuntivite atópica e a conjuntivite primaveril.

O principal sintoma é o prurido intenso associado a lacrimejamento, fotofobia, sensação de corpo estranho e queimação. Pode haver secreção mucosa e formação

de papilas gigantes no tarso superior. Os sintomas podem ocorrer em qualquer época, mas são caracteristicamente piores durante primavera e verão.

Tratamento

O tratamento das conjuntivites alérgicas baseia-se no alívio dos sintomas e evitar a exposição aos alérgenos. Deve ser feita orientação familiar para melhorar as condições ambientais como limpeza, umidificação, cuidados com aparelho de ar condicionado. As drogas mais utilizadas são: estabilizadores de membrana de mastócitos, anti-histamínicos e corticóide tópico.

2.5 UVEÍTE

É o processo inflamatório do trato uveal. Quando se confina ao segmento anterior do olho é chamado de irite ou uveíte anterior, quando compromete o segmento posterior é a uveíte posterior. É importante o pediatra estabelecer o diagnóstico diferencial, uma vez que as uveítes, quando não tratadas, podem comprometer a visão definitivamente.

Quadro Clínico

Caracterizada por apresentar quadro de fotofobia progressiva, dor e visão turva. A hiperemia conjuntival é periciliar (ao redor da córnea).

Tratamento

O tratamento imediato da irite consiste na cicloplegia do olho afetado e anti-inflamatórios tópicos, seguido de encaminhamento ao oftalmologista.

2.6 TRAUMAS OCULARES

Os acidentes com trauma ocular são responsáveis pela maioria dos casos de cegueira monocular em crianças e adultos jovens do sexo masculino. Na criança, quase 80% dos acidentes que envolvem os olhos ocorrem no ambiente doméstico. Os talheres, a tesoura e os brinquedos que lançam projéteis ou são pontudos respondem pela maioria dos ferimentos oculares nas crianças de um a dez anos de idade.

A violência contra a criança também deve ser considerada na avaliação.

Avaliação

O primeiro passo é obter uma história detalhada. Recomenda-se observar o brilho da córnea, se há irregularidade da pupila, avaliar reflexos pupilares e reflexo vermelho. Após o atendimento inicial a criança deve ser submetida a uma avaliação final por oftalmologista. Os principais tipos de traumatismos oculares em crianças são: queimaduras, corpo estranho, contusão e perfuração.

Queimaduras: As queimaduras podem ser térmicas ou químicas.

Queimaduras térmicas geralmente são causadas por cigarros e podem atingir somente a pálpebra ou acometer também o globo ocular.

Queimaduras químicas podem ser ácidas ou alcalinas. Quando há um produto químico envolvido, a irrigação copiosa com água corrente ou soro fisiológico deve ser imediata.

Em suspeita de perfuração deve-se ter a precaução de não pressionar o globo ocular.

Após a limpeza do olho o pediatra pode instituir tratamento específico que inclui lubrificantes, colírio ciclopégico para alívio da dor, corticoide tópico e antibióticos.

Corpo Estranho a maioria dos corpos estranhos de córnea e conjuntiva em crianças pode ser removida com irrigação abundante; quando isso não for suficiente é necessário o uso de instrumento apropriado (pelo oftalmologista).

O uso de oftalmoscópio direto pode ser útil para visualização de pequenos corpos estranhos.

Trauma contuso: Pode ser leve ou muito grave, podendo chegar a ter até ruptura do globo ocular. Traumas leves podem levar a hemorragias subconjuntivais que geralmente resolvem espontaneamente em uma ou duas semanas.

Em casos de hemorragias mais extensas, deve-se avaliar a necessidade de exploração cirúrgica para afastar lacerações esclerais.

Trauma Perfurante: Deve-se suspeitar de ferimento perfurante do globo ocular sempre que houver história de acidentes com objetos pontiagudos e em casos de perfuração de pálpebra. Trauma perfurante é muito comum em crianças, sendo indicada proteção do olho imediatamente para evitar que haja qualquer manipulação, até o momento da exploração cirúrgica.

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Oliveira DF, Arieta CEL. Traumatismos oculares em crianças. In: Takahashi, W. Y. (ed) Traumatismos e Emergências oculares. São Paulo, Roca, 2003; 225-233.


Greenberg MF, Pollard ZF. The red eye in childhood. *Pediatr Clin North Am.* 2003; 50(1) 105-24.

4. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Protocolo de atendimento às intercorrências agudas na doença falciforme

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de atendimento às intercorrências agudas na doença falciforme	Versão: 00
	Folha Nº: 1/x

1 OBJETIVO

Padronizar o atendimento às intercorrências agudas na doença falciforme.

2 DIRETRIZ

2.1 Introdução

Doença falciforme é uma patologia hereditária secundária a uma mutação no gene Beta que produz a hemoglobina A, originando outra, mutante, denominada

hemoglobina S e de herança recessiva. A anemia falciforme é determinada pela presença da hemoglobina S em homozigose (SS).

Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), 5% da população mundial é portadora do gene para Hemoglobinopatias, e a cada ano nascem 250.000 a 300.000 pessoas com doença falciforme (DF) em todo o mundo. Estima-se que a DF afeta aproximadamente 30.000 a 50.000 brasileiros, e que anualmente, de 1.000 a 3.500 crianças nascem com a doença.

Intercorrências agudas

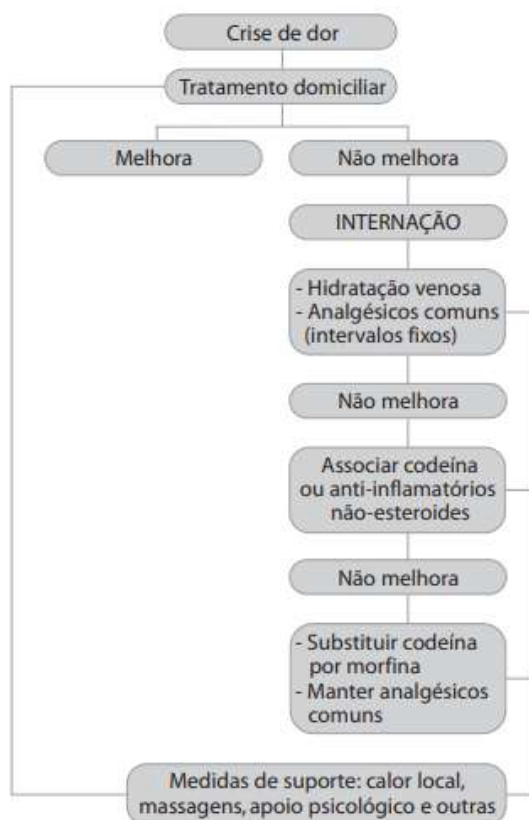
- Febre
- Patogenos comuns: S. Pneumoniae, H. Influenzae, E. Coli, S. Aureus, Salmonella e mycoplasma pneumoniae.
- Conduta:
 - Anamnese, exame físico minucioso, identificar sinais de gravidade (desconforto respiratório, esplenomegalia, ictericia, dor óssea e alterações hemodinamicas);
 - Exames complementares: hemograma, reticulócitos, culturas, radiografia de tórax, análise de LCR (caso suspeita de meningite) e outros exames de imagem conforme necessidade.
 - Ponderar internação: <3 anos de idade e e temperatura >38,3°C
 - Iniciar o antibiótico ainda na sala de emergencia.
 - Avaliar alta após 72h com antibiótico oral se afebris, sem toxemia e com nível de Hb segura.



Crise algica

- Fatores predisponentes: infecções, desidratação, exercícios físicos extenuantes, estresse físico ou psicológico, e mudanças bruscas de temperatura.
- Conduta:
 - Anamnese e avaliação clínica: Caracterização da dor, sinais vitais, estado de hidratação, equilíbrio hemodinâmico, padrão respiratório, evidências de infecção e esplenomegalia.
 - Exames complementares: hemograma, reticulócitos, culturas (se febre), hepatograma (se dor abdominal) radiografia de tórax e outros exames de imagem conforme necessidade.
 - Tratamento:
 - Analgésicos comuns: dipirona e paracetamol;
 - Antiinflamatórios não-hormonais: ibuprofeno e tenoxicam;
 - Analgésicos potentes: morfina, tramadol e codeína;
 - Manejo da dor:
 - ✓ Dor graduada de 1 a 3: analgésicos comuns de 4/4h e suspender após 24h sem dor;
 - ✓ Dor graduada 3 a 6: analgésicos comuns de 4/4h + antiinflamatórios não-hormonais de 8/8h; após 24 h sem dor, suspender o AI e manter o AC de 4/4h por mais 24 h.

- ✓ Dor graduada de 6 a 10: analgésicos comuns de 4/4h + analgésicos potentes de 4/4h + antiinflamatórios não-hormonais de 8/8h, intercalados. Após 24 h sem dor, suspender um fármaco a cada 24 h.



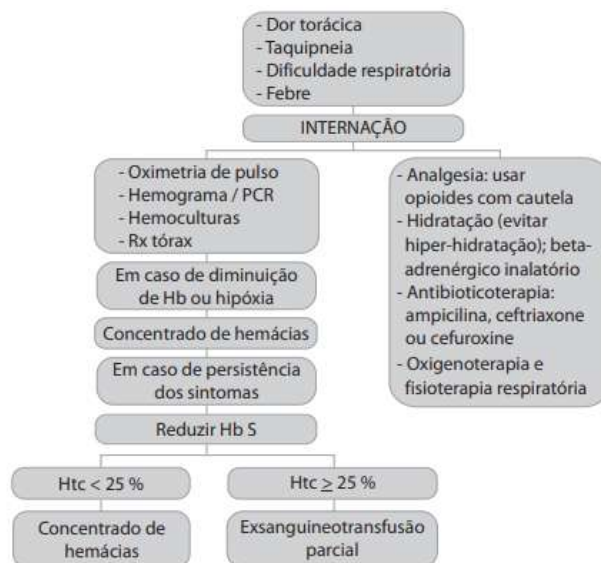
Sequestro esplênico

- Consiste em queda intensa e abrupta da hemoglobina com sinais de descompensação hemodinâmica, aumento súbito do baço e reticulocitose. Mais comum em menores de 2 anos.

- Conduta:
 - Anamnese e avaliação clínica: Palidez e aumento súbito do baço, com sinais de descompensação hemodinâmica grave e risco de morte súbita.
 - Exames complementares: hemograma, reticulócitos.
- Tratamento:
 - Internação imediata com suporte hemodinâmico e transfusão de concentrado de hemácias urgente.
 - Indicar esplenectomia após resolução da crise de sequestro esplênico e em acima de 2 anos atualizar vacinas antes.

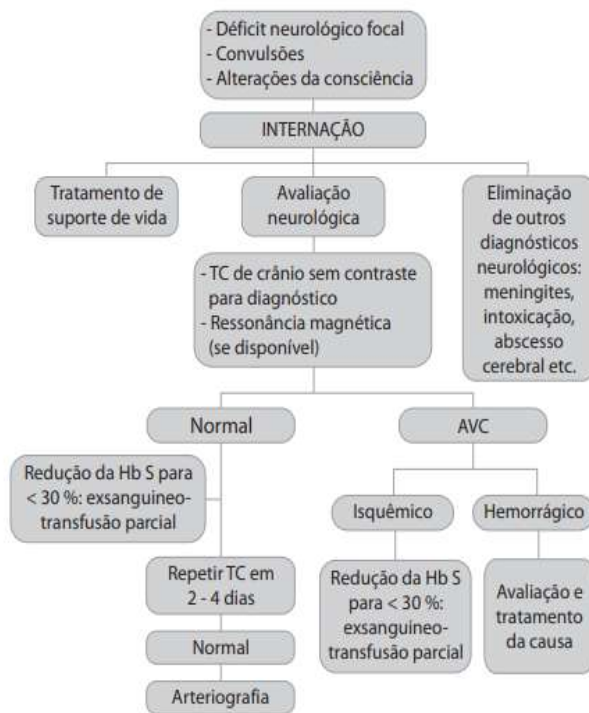
Síndrome torácica aguda

- A síndrome torácica aguda é caracterizada pela tríade: sintoma ou sinal respiratório (taquipneia, tosse, tiragem, dispneia, dor torácica etc.), infiltrado novo em radiografia de tórax e hipoxemia.
- Conduta:
 - Anamnese e avaliação clínica: quadro clínico compatível com sintomas e sinais respiratórios como dor torácica, tosse, dispneia, taquipneia, associados ou não à febre e hipoxemia.
 - Exames complementares: hemograma completo, reticulócitos, culturas, oximetria de pulso e raio X de tórax com infiltrado novo pulmonar.
 - Tratamento:
 - Todos os pacientes devem ser internados para antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro, incluindo macrolídeos, suporte ventilatório/oxigenioterapia conforme necessidade e de terapia transfusional (reduzir a quantidade de hemoglobina S).
 - Analgesia potente com uso de opioides caso necessário e suporte hídrico conforme necessidade hídrica diária para evitar a congestão pulmonar.
 - A fisioterapia é fundamental para prevenir atelectasias.



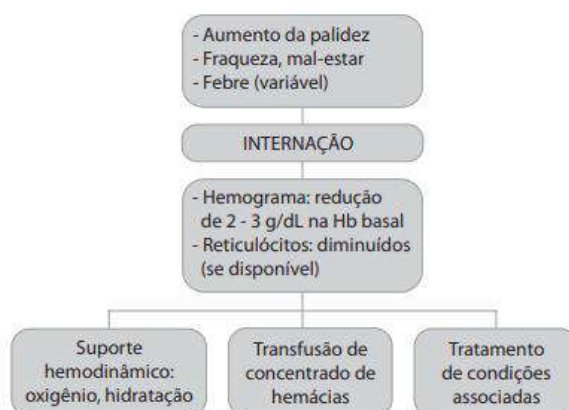
Acidente vascular cerebral

- É uma das causas de crise vaso-oclusiva com altos índices de morbimortalidade na doença falciforme. Pode ser isquêmico e hemorrágico.
- Conduta:
 - Anamnese e avaliação clínica: quadro clínico apresenta, entre outros sintomas, hemiparesia, afasia ou disfasia, alterações da consciência, déficits neurológicos focais e convulsões.
 - Exames complementares: hemograma, reticulócitos, ponderar punção lombar (afastar ou confirmar a infecção do SNC principalmente em < 1ano) e estudo de imagem para avaliar a extensão da isquemia e/ou sangramentos (TC ou ressonância).
 - Tratamento:
 - Todos os pacientes devem ser internados para suporte hemodinâmico e ventilatório quando necessário.
 - Realizar exsanguineotransfusão parcial imediata (diminuir o percentual de HbS para menos de 30%).
 - Avaliação do especialista



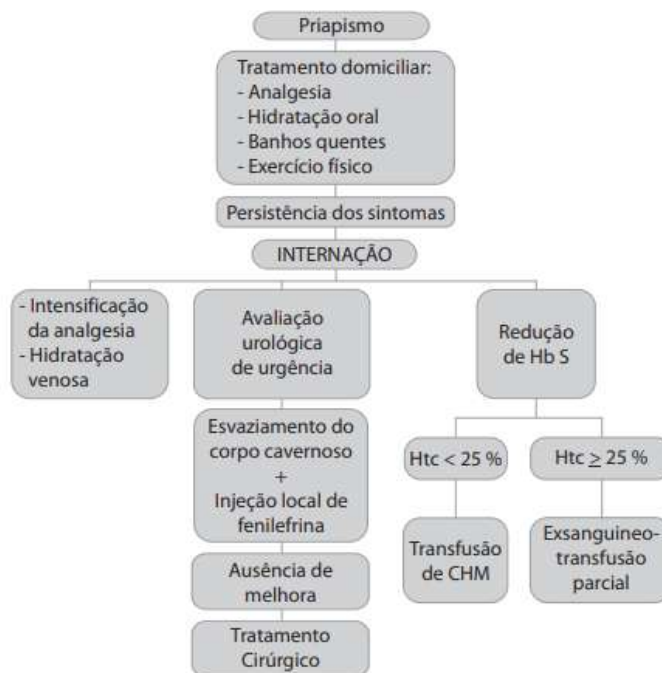
Crise aplástica

- Consiste em queda intensa e abrupta da hemoglobina com sinais de descompensação hemodinâmica, choque hipovolêmico e reticulocitopenia.
- Conduta:
 - Anamnese e avaliação clínica: quadro clínico apresenta, palidez, febre e sinais de descompensação hemodinâmica grave com risco de morte súbita.
 - Exames complementares: hemograma e reticulócitos.
 - Tratamento: internação imediata com suporte hemodinâmico e terapia transfusional com concentrado de hemácias até a elevação dos reticulócitos.



Priapismo

- O priapismo é a ereção dolorosa do pênis que pode ser acompanhado de dor abdominal e perineal, disúria ou retenção urinária, edema escrotal e aumento de próstata.
- Conduta:
 - Anamnese e avaliação clínica:
 - Exames complementares: hemograma, reticulócitos e monitorização da oximetria de pulso.
 - Tratamento:
 - Suporte clínico: Analgesia conforme dor e hidratação conforme necessidades hídricas diárias.
 - Terapia transfusional com exsanguinotransfusão parcial ou transfusão simples de concentrado de hemácias.
 - Avaliação da urologia



Outros

- Crise hiper-hemolítica: exacerbação da anemia, por aumento da hemólise geralmente devido à infecção.
- Envolvimento renal (crônico): hematúria, hipostenúria, glomerulopatia, hipoaldosteronismo.
- Envolvimento hepatobiliar: colelitíase, coledocolitíase, hepatite viral, hepatopatia falcêmica, sobrecarga de ferro hepático.
- Envolvimento ocular: retinopatia
- Hipoesplenismo chegando até à auto-esplenectomia

Sinais de alarme na criança falciforme

- Palidez súbita
- Piora da icterícia
- Distensão abdominal
- Aumento do baço ou do fígado
- Hematúria

- Priapismo
- Dor refratária a analgésicos comuns
- Tosse ou dispneia
- Febre
- Alterações neurológicas (convulsões, letargia, fraqueza muscular, mudança de comportamento)
- Impossibilidade de ingerir líquidos
- Vômitos
- Sinais de desidratação

Critérios de internação

- Dor refrataria a medicação
- Crianças com doença falciforme com menos de 3 anos de idade e temperatura superior a 38,3°C.
- Crises álgicas
- Síndrome torácica aguda
- Priapismo
- Infecções
- Fatores de risco: febre acima de 38°C, desidratação, palidez, vômitos recorrentes, aumento de volume articular, dor abdominal, sintomas pulmonares agudos, sintomas neurológicos, priapismo, processos álgicos que não se resolvem com analgésicos comuns.

Critérios para transfusão

- Transfusão de concentrado de hemácias nos casos de queda de >20% da hemoglobina com relação ao valor basal do paciente, níveis séricos de hemoglobina <6 mg/dl.
- Exsanguíneo transfusão ou transfusão de troca em pacientes com AVC isquêmico, pneumonia grave, hipoxemia aguda, no pré-operatório de cirurgias com anestesia geral e priapismo agudo.

CrITÉRIOS de alta

- Melhora clínica
- Afebril por mais de 48 horas
- Sem uso de oxigênio
- Dor controlada
- Alimentação basal
- Hemoglobina no valor basal
- Estado de hidratação adequada

Profilaxia

- Penicilina profilática: iniciar aos 3 meses e continuar até 5 anos.
- Penicilina V oral (125mg 2 x ao dia até 10 kg, 250mg 2x ao dia de 10 a 20 kg, 500 mg 2 x ao dia acima de 20kg)
- Penicilina Benzatina 300.000 UI IM a cada 21 dias em pacientes até 10 kg, 600.000 UI IM a cada 21 dias de 10 a 20kg, 1200.000 UI IM a cada 21 dias em pacientes com peso superior a 20 kg.
- Se alérgico eritromicina 10mg/kg 2x ao dia
- Imunização: PNI e Vacinas especiais
- Suplementação com folato 1 a 2mg/dia
- Hidroxiureia:
 - Dose inicial de 20 mg/kg seguida de aumento a cada 2 meses de 2,5-5 mg/kg até dose máxima de 35 mg/kg.
 - Indicações: eletroforese compatível com anemia falciforme, maiores que 2 anos ou a partir de 9 meses (se: dactilite, hemoglobina menor que 7, leucócitos maiores que 20 mil), possibilidade de comparecer em revisões periódicas, BHCG sérico negativo, ter apresentado pelo menos uma das complicações nos últimos 12 meses (3 episódios de crises vasclusivas sem necessidade de atendimento médico, 2 episodios de crises torácica aguda, um episódio de

priapismo, necrose isquêmica óssea, insuficiência renal, proteinúria de 24 horas maior que 1 grama, anemia grave persistente, LDH elevado 2x acima do normal, retinopatia proliferativa ou qualquer lesão crônica de órgãos.

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

AMERICAN PAIN SOCIETY. Guideline for the management of acute and chronic pain in sickle cell disease. Glenview, [1999]. (Clinical practice guideline, n. 1).


NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. The management of sickle cell disease. **National Heart, Lung, and Blood Institute**, Estados Unidos da America, n. 4, p. 02-2117, 19 abr. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Doença falciforme: Conduas básicas para tratamento. **Série B. Textos Básicos de Saúde**, Brasília - DF, ed. 1, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de eventos agudos em doença falciforme. **Série A. Normas e Manuais Técnicos**, Brasília - DF, ed. 1, 2009.

ARAUJO, Paulo Ivo Cortez. Doença falciforme na emergência. **Revista de Pediatria SOPERJ**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 68-71, 1 dez. 2012. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=621. Acesso em: 16 maio 2022.

Protocolo de antissepsia pré-operatória da equipe cirúrgica

Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de antissepsia pré-operatória da equipe cirúrgica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/2

1. INTRODUÇÃO

Descrever as atividades e atribuições da equipe cirúrgica no processo de antissepsia no paciente que se encontra no pré-operatório.

2. OBJETIVO

Eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias; proporcionar efeito residual na pele dos profissionais.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes que se encontram em pré-operatório.

4. RESPONSÁVEIS

XVII Médico Cirurgião;

XVIII Instrumentador cirúrgico.

MATERIAIS

- Água; Sabão; Solução à base de álcool (PBA).

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Retirar todos os adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógios e pulseiras, antes de iniciar a antisepsia cirúrgica das mãos.	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
2	Manter unhas curtas e não usar unhas artificiais.	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
3	Higienizar as mãos com água e sabão ao chegar ao centro cirúrgico, após ter vestido a roupa privativa e colocado o gorro e a máscara;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
4	Colocar aproximadamente 5ml (3 doses) de PBA na palma da sua mão esquerda, usando o cotovelo do outro braço para operar o dispensador;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
5	Mergulhar as pontas dos dedos da mão direita no produto, friccionando-as para descontaminar embaixo das unhas (5 segundos);	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
6	Espalhar o produto no antebraço direito até o cotovelo. Assegurar-se de que todas as superfícies sejam cobertas pelo produto. Utilizar movimentos circulares no antebraço até que o produto evapore completamente (10-15 segundos). Repita os passos 1 a 7 para a mão e antebraço esquerdo;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
7	Colocar aproximadamente 5ml (3 doses) do PBA na palma da mão esquerda e esfregar ambas as mãos ao mesmo tempo até o punho (20-30 segundos);	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico

8	Cobrir com PBA todas as superfícies das mãos até o punho, friccionando palma contra palma, em movimentos rotativos;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico /
9	Friccionar o produto no dorso da mão esquerda, incluindo o punho, movimentando a palma da mão direita no dorso esquerdo com movimentos de vai e vem e vice-versa;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
10	Friccionar uma palma contra a outra com os dedos entrelaçados;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
11	Friccionar o dorso dos dedos mantendo-os dentro da palma da outra mão, em movimentos de vai e vem;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
12	Friccionar o polegar da mão esquerda com movimentos de rotação da palma da mão direita enlaçada e vice-versa;	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico /
13	Quando as mãos estiverem secas, o avental cirúrgico/capote poderá ser vestido e as luvas cirúrgicas estéreis poderão ser calçadas.	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico
14	Esta sequência dura em média 60 segundos. Repita-a 2 ou 3 vezes, até alcançar a duração total recomendada nas instruções do fabricante do PBA.	Médico cirurgião/ Instrumentador Cirúrgico /

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Práticas recomendadas da SOBECC – Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 6 ed. rev e atual –São Paulo,2013 CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Guideline for prevention of surgical site infection,1999;

ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde; Brasília, 2017.


8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
----------------	---------------	--------------------

Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data
--	--------------------	----------------------------------	--	--------------------

Protocolo de atendimento para otites na pediatria

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de atendimento para otites na pediatria	Versão: 00
	Folha Nº: 1/x

1.OBJETIVO

Orientar conduta e manejo do paciente com otite.

2. DIRETRIZ

2.1 Otite externa

Trata-se de uma infecção do canal auditivo externo e tem como agente etiológico mais frequente o *S. aureus* e a *Pseudomonas aeruginosa* e outros germes são mais frequentes nos indivíduos imunodeprimidos e nos que praticam natação.

Tipicamente, observa-se oclusão parcial ou completa do canal auditivo externo (CAE) pela secreção ou edema. Nas crianças menores, deve ser excluído a presença de corpo estranho. Quando o edema dificulta a penetração da medicação, a drenagem ou lavagem, deve ser considerada. A cultura da secreção purulenta pode ser uma ajuda ao tratamento.

Diagnóstico

O diagnóstico se dá pelo exame físico e a constatação de secreção purulenta, espessamento dos tecidos do CAE e peri auricular e dor à pressão do trágus, por manipulação do lóbulo da orelha e relato de otalgia.

Tratamento

Local: Solução 1% de Ácido acético, Gentamicina, Cloranfenicol ou Ofloxacina 0,3% (gotas), podem ser eficazes, durante 5 a 10 dias.

Sistêmico (nos casos moderados a graves):.

Oral: Amoxicilina + ácido clavulânico ou Oxacilina (anti-estafilococo).

Parentérica (casos graves ou imunodeprimidos): Oxacilina (anti-estafilococo), Ciprofloxacina (antipseudomonas).

2.2 Otite média aguda

Inflamação de natureza infecciosa, geralmente bacteriana, do ouvido médio e anexos. É a infecção bacteriana mais comum em idade pediátrica e a principal causa de uso de antimicrobianos em crianças.

O espectro da doença inclui: otite media aguda (OMA), Otite supurada, inflamação não infecciosa acompanhada por derrame - Otite media não supurada ou secretória; otite media crônica.

Etiopatogenia

Há obstrução tubária com comprometimento da ventilação do ouvido médio, inflamação, derrame estéril, com posterior infecção bacteriana por secreção nasofaríngea infectada, que ocorre por aspiração, durante o choro ou obstrução nasal.

Agentes etiológicos mais frequentes, segundo dados da literatura médica mundial: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. Nos RN os agentes mais frequentes são: Estafilococos aureus e bacilos entéricos Gram negativos.

Considerando a OMA um processo fundamentalmente bacteriano, discute-se o papel etiológico dos vírus, uma vez que vírus respiratórios podem ser encontrados também, nos exsudados do ouvido médio.

Clínica da OMA

O pico de incidência e prevalência ocorre entre os 6 e os 20 meses de idade. Há várias formas clínicas de apresentação da doença:

- Febre + otalgia (traduzida habitualmente pelo acordar súbito, com choro persistente, várias horas após sono profundo, irritabilidade diurna injustificada e prolongada).

É bom lembrar, no entanto, que nem toda a otalgia significa otite e essa pode cursar sem otalgia. Em geral a otalgia também está associada à inflamação do ouvido externo - otite externa, ou pode ser dor referida, conseqüente ao envolvimento da orofaringe, dos dentes, da articulação temporomandibular

ou das parótidas.

- Febre isolada (embora possa haver otite sem febre)
- Coriza, rinofaringite que se prolonga para além dos 10 dias
- Tímpano difusamente congestionado ou distendido e/ou otorreia por perfuração timpânica
- Coriza associada a diarreia ou diarreia isolada

Tratamento ambulatorial

- Desobstrução nasal com soro fisiológico
- Antipiréticos/analgésicos (Paracetamol ou Ibuprofeno) durante 24 - 48h em crianças saudáveis com > 2 anos, sem fator de mau prognóstico. Se não resolver, instituir terapêutica antibiótica.

Tratamento antibiótico

1ª Linha – Amoxicilina 80 a 100mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10 dias.

2ª Linha – Amoxicilina + ácido clavulânico 50mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10dias.

Se evolução desfavorável, dependendo da clínica, considerar a introdução do antibiótico de 2ª linha ou interconsulta com ORL, para tímpanocentese, meringotomia ou eventual internação.

Se alergia aos betalactâmicos :

- Eritromicina – 30-50 mg/kg/dia, de 6/6h (crianças < 6 meses)
- Azitromicina – 10mg/kg/dia, dose única diária, durante 3 dias (crianças >6 meses).

Quando internar?

- RN e lactentes < 3 meses
- Casos complicados com: mastoidite, meningite, otoantrite, paralisia do facial e ainda os imunodeprimidos.
- Medicação com Ceftriaxone 100 mg/kg/dia + Gentamicina 5-7 mg/kg/dia, durante 10 a 21 dias, conforme etiologia e evolução.

2.3 Otite média crônica

Supuração crônica, intermitente ou contínua, com ou sem odor fétido, em geral com perfuração da membrana timpânica e granulações no ouvido médio, decorrentes de má evolução de uma otite média aguda, que persiste por mais de 1 mês. Agentes etiológicos: pseudomonas, colibacilos, estafilococos e proteus.

Conduta

Não tapar o ouvido. Não usar cotonetes. Secar e Limpar com mechas secas de algodão ou pano limpo, pelo menos 3 vezes por dia.

Norfloxacina – instilar 2 gotas no ouvido, 3 vezes por dia, durante duas semanas.

Quando encaminhar à Otorrinologia?

- OMA que não melhora após 1ª e 2ª linha de antibióticos e/ou surgimento de complicações.
- Otites de repetição ou otite seromucosa crônica, em que uma etiologia alérgica ou uma hipertrofia das adenoides, deve ser considerada, havendo eventual necessidade de adenoidectomia e/ou colocação de tubos de ventilação.
- Suspeita de presença de corpo estranho (às vezes mais perigoso pelas tentativas de extração mal realizadas do que pela sua presença):
 - Mais de 3 episódios de OMA, em 3 meses.
 - Mais de 4 episódios de OMA, em 12 meses.
 - Presença de líquido no ouvido médio, após 3 meses do episódio agudo.
 - Membrana timpânica retraída e/ou com perfuração mantida por 6 semanas.
 - Presença de complicações → déficit auditivo.

3. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ANTUNES, Antônio; MACEDO, Geraldo R. M.; LEÃO, Rodrigo S.; CALDAS, Nelson C. R. Otite externa necrotizante com paralisia facial periférica bilateral: relato de caso e revisão da literatura. Rev.Bras. Otorrinolaringol. v. 70, n. 1, p. 137-142, 2004.


BENTO, Ricardo Ferreira; LESSA, Marcus Miranda; CHUNG, Daniel; WIIKMANN, Christian; MINITI, Aroldo. Condutas práticas em Otologia. São Paulo: Fundação Otorrinolaringologia, 2002. 209p.

CAMPOS, Carlos Augusto Correia de. Otite externa: Diagnóstico diferencial e conduta. In: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; COSTA, Sady Selaimen da (org.). PRO-ORL Programa de Atualização em Otorrinolaringologia: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2007. p. 125-154. (Sistema de Educação Continuada à Distância, v. 3).

SANTOS, Patrícia; SEABRA, Danielle; ROBALINHO, Luísa; RODRIGUES, Raquel. Otite externa necrotizante. In: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Lessa, Marcos Miranda; Pinna, Fábio de Rezende; Abrahão, Márcio; Caldas Neto, Sílvio da Silva. (org.). PROORL Programa de Atualização em Otorrinolaringologia: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 9-31. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Drenagem de abscesso

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000

Assunto: Drenagem de abscesso	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Abscesso, por definição, constitui-se de coleção de pus na derme e tecidos profundos adjacentes. O furúnculo consiste na infecção de um folículo piloso, com material purulento se estendendo até as camadas mais profundas de derme e do tecido subcutâneo. O carbúnculo nada mais é do que a coalescência dos folículos severamente inflamados, resultando numa massa inflamatória com drenagem de secreção purulenta pelos vários orifícios.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de drenagem de abscesso.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes.

4. RESPONSÁVEIS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

MATERIAIS

- Solução de iodopovidina tópico ou clorexidina.
- Lidocaína 1% sem vasoconstrictor para anestesia local.
- Campos estéreis.
- Material para o procedimento: pinça hemostática curva.
- Lâmina de bisturi nº 11.
- Soro fisiológico para irrigação.
- Gaze.
- Dreno de Penrose.
- Fio de sutura nylon 3.0.

- Luva esterilizada.
- Seringa de 5 ml.
- Agulha 40 x 12 (rosa).
- Agulha hipodérmica (de insulina).
- Swab de cultura, se necessário.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar anamnese: <ul style="list-style-type: none"> • História clínica • Exame Físico 	Médico
2	Observar as manifestações clínicas: Geralmente há sinais flogísticos locais como: <ul style="list-style-type: none"> • Calor, • Rubor, • Edema • Dor • Além de nódulos eritematosos com sinais de flutuação. Pode ocorrer drenagem espontânea de secreção purulenta e adenopatia regional. • Febre • Calafrios • Sinais de toxicidade sistêmica são incomuns. • Furúnculos e carbúnculos se apresentam em áreas que contêm folículos pilosos que são expostos à fricção e perspiração, destacando-se a porção posterior do pescoço, face, axila e região da barba, nos homens 	Médico
3	Realizar diagnósticos diferenciais: <ul style="list-style-type: none"> • Foliculite, Hidradenite supurativa, Míiase, Leishmaniose, Blastomicose. 	
4	Realizar o tratamento: Para o abscesso, independentemente da localização, consiste na drenagem cirúrgica, para eliminar a dor e resolver o processo infeccioso.	Médico
Técnica		
5	Explique o procedimento ao paciente e obtenha autorização.	Médico
6	Verifique se o abscesso possui flutuação	Médico
7	O procedimento deve ser realizado de maneira asséptica. Com os EPIs - as luvas estéreis, máscara e óculos de proteção, prepare a área afetada com um agente tópico disponível e cubra-a com o campo estéril, com ajuda de um enfermeiro ou/e Técnico de Enfermagem.	Médico/ Enfermeiro/ Téc. de enfermagem
8	Usando a agulha 40 x 12, aspira-se o anestésico do frasco (dose de 7-10 mg/kg). Troca-se a agulha pela hipodérmica	Médico
9	Introduza o anestésico numa técnica de bloqueio de campo	Médico

	regional. A anestesia deve realizar-se aproximadamente a 1 cm do perímetro de maior sinal de flutuação, com o cuidado de injetar no subcutâneo. Afinal, a anestesia é para a pele, para a confecção da abertura, nada a mais.	
10	Depois, continue a fazer o bloqueio de maneira linear, ao longo da linha de incisão projetada, que deve ser longa	Médico
11	Uma vez realizada a anestesia, faz-se uma incisão longa e profunda o suficiente ao longo da linha da pele para promover a drenagem espontânea da secreção purulenta. Não adianta fazer pequenas incisões, pois isso pode levar à recidiva dos abscessos.	Médico
12	Depois da drenagem espontânea, evite espremer a pele subjacente, pois pode promover a proliferação da infecção para o tecido subcutâneo adjacente. Coloca-se a pinça hemostática na cavidade, a fim de quebrar as loculações e liberar quaisquer bolsas de material purulento residuais.	Médico
13	Irrigue a cavidade com soro fisiológico para limpeza do local.	Médico
14	Introduza uma gaze ou um dreno de Penrose no local, com 1 a 2 cm para fora da incisão, para permitir drenagem adequada e impedir que a incisão fique selada. Se necessário, pode ser fixado com um ponto simples frouxo de nylon 3.0.	Médico
15	Curativo com gaze.	Enfermeiro/ Médico
16	Alertar o paciente sobre possíveis complicações, como: • Recidiva do abscesso: se o tamanho da incisão não for grande o suficiente para drenagem adequada; local não explorado completamente, deixadas áreas loculadas; • Sangramento; • Disseminação sistêmica da infecção: endocardites, osteomielites, formação de abscessos pleurais, articulações etc.	Médico
17	Seguimento: • Pedir para o paciente retornar em um ou dois dias para remoção das gazes e do dreno, e para verificação da ferida. Orientar para o paciente: • Associar compressas mornas no local, durante 15 minutos, 4x ao dia, até melhora. • Trocar os curativos diariamente. • Ficar alerta para sinais de infecção sistêmica. A antibioticoterapia está indicada se houver celulite coexistente, se o paciente for imunocomprometido ou tiver um corpo estranho (enxerto vascular, telas, cateteres e válvulas). • Se necessário, os antibióticos utilizados são: penicilinas, cefalosporinas de 1ª geração e quinolonas (nível ambulatorial). • Podem-se associar analgésicos e anti-inflamatórios para a dor pós-drenagem.	Médico
Observações importantes • A incisão deve cicatrizar entre 7 e 10 dias. • Incisão com drenagem apenas é a terapia adequada para um abscesso subcutâneo simples.		

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd30.pdf

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Protocolo para tratamento de entorse de joelho

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo para tratamento de entorse de joelho	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Uma entorse no joelho significa simplesmente que pelo menos um dos ligamentos foi estirado além do limite fisiológico e algumas ou todas as fibras foram danificadas. Isso ocorre devido a uma força aplicada sobre a articulação, como, por exemplo, uma torção súbita do joelho ao cair de maneira desajeitada ou durante a prática de esportes.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico nas ações frente ao tratamento terapêutico dos pacientes com entorse no joelho

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes.

4. RESPONSÁVEIS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Realizar exame físico e coletar o histórico do paciente.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	<p>Realizar abordagem diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O joelho deve ser monitorado durante a consulta para avaliar a estabilidade da articulação e a intensidade da dor. • A localização da dor pode ajudar a determinar qual ligamento do joelho é esticado. • Se a dor no joelho é medial (lado interior do joelho) indica o ligamento colateral medial (LCM), que é o mais comum. • A dor no lado externo do joelho indica um estiramento do ligamento colateral lateral. • Os sintomas mais comuns de uma entorse no joelho são: dor, edema e hematoma. Se a lesão é grave, pode haver instabilidade da articulação e o paciente sente que o joelho “falseia”. • A lesão pode causar um ruído semelhante a um “crack”; nesse caso, talvez existam lesões no menisco ou nos ligamentos. • Os sintomas podem ser sentidos imediatamente ou após o acidente, mas, às vezes, podem ocorrer dias depois. 	Médico
3	<p>Solicitar exames necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografias de joelho • RM de joelho. 	Médico
4	<p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cirurgia é indicada apenas em casos graves quando existe lesão dos ligamentos cruzados e/ou associado a lesões meniscais condrais e colaterais. • Nos casos leves, apenas a limitação da atividade pode ser suficiente e o uso de medicamentos fica a critério do médico. • A recuperação da lesão deve atingir três objetivos: recuperar o movimento, recuperar a força e recuperar o equilíbrio. 	Médico
5	Definir o tratamento adequado, prescrever e comunicar a equipe de enfermagem, fisioterapia para dar continuidade ao tratamento.	Médico

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Fisioterapia para todos. Dor no joelho. Entorse no joelho. Disponível em: . Acesso em: set. 2016. INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD - INTO. Torção de Joelho. Disponível em: Acesso em: set. 2016.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Protocolo para tratamento de luxação do ombro

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo para tratamento de luxação do ombro	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A luxação do ombro ocorre quando uma força extrema supera os mecanismos estabilizadores (lábio, cápsula e manguito) e desloca a cabeça do úmero para fora da glenoide. Chamamos de subluxação quando o úmero retorna à posição original sozinho após o deslocamento.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico nas ações frente ao tratamento terapêutico dos pacientes com luxação do ombro.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes.

4. RESPONSÁVEIS

- Médico

- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Realizar exame físico e coletar o histórico da paciente.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Realizar abordagem diagnóstica: <ul style="list-style-type: none"> • Após a primeira luxação, o lábrum e os ligamentos sofrem algum grau de lesão. • Em indivíduos com frouxidão ligamentar, a luxação pode ocorrer mesmo sem um trauma importante e pode gerar apenas o alongamento dos ligamentos ou lábrum, sem lesões mais graves. • Na maioria dos indivíduos e naqueles com algum trauma, as luxações geram lesões no lábrum e/ou nos ligamentos. Esses tecidos deveriam cicatrizar em uma posição normal para que o paciente não sofresse novos deslocamentos. 	Médico
3	Se não ocorrer a cicatrização, o ombro poderá luxar novamente, gerando a chamada luxação recidivante ou instabilidade glenoumeral.	
4	Solicitar exames necessários: <ul style="list-style-type: none"> • Radiografias de ombro; • Tomografia de ombro; • RM de ombro. 	Médico
5	Tratamento clínico: <ul style="list-style-type: none"> • Analgesia • Redução do ombro – colocar o ombro no lugar. 	Médico
6	Após a redução, uma nova radiografia deve ser realizada para certificar que o procedimento foi realizado de maneira correta.	Médico
7	O paciente deve utilizar tipoia. O período de tempo seguem de acordo com a gravidade da luxação, a idade do paciente e sua assiduidade na prática de atividade física.	Médico
8	Tratamento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> • A cirurgia também é recomendável àqueles que sofrem casos recorrentes de luxação ou subluxação, sem melhora com o tratamento conservador. 	Médico
9	Definir o tratamento adequado, prescrever e comunicar a equipe de enfermagem, fiioterapia para dar continuidade ao tratamento.	Médico
10	Verificar prescrição, encaminhar para exames solicitados e realizar medicações prescritas.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


FISIOTERAPIA PARA TODOS. Inflamação das articulações - Luxação no ombro. Disponível em: Acesso em: ago./2016. GRACITELLI, Mauro. Luxação de Ombro. Disponível em: Acesso em: ago 2016.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

Protocolo para tratamento de osteomielite

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo para tratamento de osteomielite	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A osteomielite é uma infecção óssea que pode ser classificada pelo tempo de evolução em aguda, subaguda ou crônica, ou pela sua localização e estado imunológico do paciente.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico nas ações frente ao tratamento terapêutico dos pacientes com osteomielite.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes adultos e pediátricos

4. RESPONSÁVEIS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

5. MATERIAIS

Não se aplica.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADE DA EQUIPE

Categoria Profissional	Atividades
Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Realizar exame físico e coletar o histórico da paciente.
Médico	<p>Realizar abordagem diagnóstica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OMA – Dor e sensibilidade no local, podendo estar ou não associado à febre e mal estar nas fases iniciais. Nos quadros mais graves, evolui com sinais sistêmicos, que colocam a vida em risco; • OMS – Dor moderada no local é um dos únicos sinais constantes, geralmente com mais de duas semanas de duração, pouca ou nenhuma manifestação sistêmica; • OMC – Diagnóstico baseia-se em avaliar a história prévia do paciente, e o exame físico cuidadoso do membro afetado. Avalia-se a integridade da pele e do tecido mole, presença de fistulas e o estado neurovascular, palpa-se em busca de áreas de dor e se faz a avaliação da estabilidade óssea.
Médico	<p>Exames necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VHS e PCR • RNM - apresentam boa sensibilidade, sendo positivas em até 24 horas da instalação da infecção. • Hemocultura positiva em 50% dos pacientes • Aspiração óssea é o padrão ouro para identificação do patógeno; • TC é utilizada para auxiliar no planejamento cirúrgico.
Médico	<p>Tratamento clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • OMA – O Tratamento consiste em identificar o agente infeccioso, seja por hemocultura ou por biópsia óssea. Cierny defende o início do Tratamento com antibioticoterapia empírica e reavaliação da resposta do paciente com 48h, se houve piora do quadro é indicado Tratamento cirúrgico e antibioticoterapia oral por 4 semanas, e, se houve melhora do quadro, são indicadas duas semanas de antibiótico venoso, seguidas por quatro semanas por via oral. O Tratamento acima descrito deve ser realizado em regime hospitalar, onde é possível o Tratamento cirúrgico, quando necessário; • OMS – O Tratamento consiste em identificar o agente infeccioso, seja por hemocultura ou por biópsia óssea, desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia por tempo

	adequado. O Tratamento acima descrito deve ser realizado em regime hospitalar; <ul style="list-style-type: none"> • OMC – De difícil Tratamento e cada caso deve ser individualizado
Médico	Definir o tratamento adequado, prescrever e comunicar a equipe de enfermagem, fisioterapia para dar continuidade ao tratamento.
Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Verificar prescrição, encaminhar para exames solicitados e realizar medicações prescritas.

7. SIGLAS

Não se aplica.

8. MONITORAMENTO

Evolução no prontuário eletrônico;

Prescrição no prontuário eletrônico.

9. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sanders RW, Clare MP. Fractures of the Cuboid. In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. Surgery of the foot and ankle. Mosby: 2007;

Early JS. Cuboid Fractures. In Rockwood and Green's fractures in adults – volume 2 – 5th ed. Manole: 2006.

Bellabarba C, Barei DP, Sanders RW. Dislocations of the foot. In Coughlin MJ, Mann RA, Saltzman C. Surgery of the foot and ankle. Mosby: 2007;


Watson et al. Treatment of Lisfranc Joint Injury: Current Concepts. J Am Acad Orthop Surg. 2010; 18: 718-728.

10. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		Gestor(es) do(s) processo(s)
		xx/xx/xxxx Data

11.4 Protocolo para tratamento da dorsalgia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo para tratamento da dorsalgia	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Dorsalgia é o mesmo que dor nas costas. Ou seja, é a dor sentida nas costas que pode ser proveniente de músculos, ossos, nervos, articulações ou outras estruturas da coluna vertebral. Essa dor pode ser tanto constante como intermitente, bem como permanecer num lugar, deslocar-se ou espalhar-se para/por outras regiões.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico nas ações frente ao tratamento terapêutico dos pacientes com dorsalgia.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes adultos e pediátricos

4. RESPONSÁVEIS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

5. MATERIAIS

Não se aplica.

6. PAPÉIS E RESPONSABILIDADE DA EQUIPE

Categoria Profissional	Atividades
Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem	Realizar exame físico e coletar o histórico da paciente.

Médico/ Enfermeiro/Téc. de enfermagem	Coletar informações sobre a causa da dor, podendo ser: <ul style="list-style-type: none"> Natureza traumática – é o caso de distensões musculares, fraturas ou contusões na região dorsal devido a atividades em posições inadequadas, esforço físico exagerado ou quedas; Degenerativas – quando ocorre a degeneração de corpos vertebrais, discos intervertebrais e facetas articulares, normalmente em virtude do envelhecimento natural; Tumores – alguns tumores (malignos ou benignos) podem contribuir para o surgimento de dorsalgia.
Médico	Além da dor, se atentar a outros sintomas: <ul style="list-style-type: none"> Dificuldade para respirar, Sensação de “pontadas” no tórax Queimação nas costas.
Médico	Solicitar exames necessários: <ul style="list-style-type: none"> Rx, Tomografia, Ultrassonografia, Ressonância magnética caso seja necessário.
Médico	Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> bolsas térmicas geladas ou de água quente nas regiões doloridas Analgesia, Exercícios físicos ou a ausência dele, Somente uma minoria (estimados entre 1% e 10% dos casos) necessita de cirurgia.
Médico	Definir o tratamento adequado, prescrever e comunicar a equipe de enfermagem, fiioterapia para dar continuidade ao tratamento.

7. SIGLAS

Não se aplica.

8. MONITORAMENTO

Evolução no prontuário eletrônico;

Prescrição no prontuário eletrônico.

9. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ROCHA, R. Dorsalgia. Disponível em: . Acesso em: out. 2016. RPG Souchard: Dorsalgia: causas e tratamento. Disponível em: . Acesso em: out. 2016.

10. ANEXOS

Não se aplica.


Elaborado por:

Revisado por:

Aprovado para uso:

Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data
---	--------------------	-------------------------------------	---	--------------------

Infecção urinária

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Infecção urinária	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A terapêutica específica inicial das cistites comunitárias não complicadas deve ser dirigida para o combate a *Escherichia coli*, realizando-se modificações no esquema terapêutico quando necessário e, preferencialmente, de acordo com o resultado da urocultura.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico no processo terapêutico de infecção urinária

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes adultos ou pediátricos.

4. RESPONSÁVEIS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Realizar anamnese: <ul style="list-style-type: none"> História clínica Exame Físico 	Médico
2	Observar as manifestações clínicas: Geralmente há sinais flogísticos locais como: Sugerem acometimento de trato urinário baixo (cistite) <ul style="list-style-type: none"> Disúria, Polaciúria urgência miccional Possível pielonefrite: <ul style="list-style-type: none"> Febre, Calafrios, Dor abdominal Dor lombar, Anorexia Prostração 	Médico
3	Realizar diagnósticos diferenciais: Cistite; Pielonefrite	Médico
4	Realização de exames: <p>EAS e gram</p> <ul style="list-style-type: none"> Sedimentoscopia/Elementos anormais. Achados sugestivos de infecção: piócitos > 5 p/c; hemácias > 5 p/c; flora aumentada e reação de nitrito positiva. Coloração de Gram. Achados de bactérias coráveis ao Gram sugerem infecção. Considerar possibilidade de contaminação se houver isolamento de mais de um gênero de bactéria ou se visualização de poucos microorganismos de mesma espécie. <p>A amostra de urina com nitrito positivo, leucocitúria e Gram com visualização de bactérias apresenta 99,8% de sensibilidade e 70% de especificidade para ITU.</p> <p>Urocultura</p> <ul style="list-style-type: none"> Considera-se positiva a cultura com crescimento bacteriano de pelo menos 10⁵ unidades formadoras de colônia por ml de urina (100.000 ufc/ml) colhida em jato médio de maneira asséptica. Isto significa que a bacteriúria é significativa e a probabilidade de ITU é muito alta. A Escherichia coli é responsável por 90 % das ITU em pacientes em tratamento ambulatorial e em mais da metade dos pacientes internados. <p>Outras bactérias gram-negativas mais frequentes são: Enterobacter aerogenes, Proteus mirabilis, Acinetobacter species, Serratia marcescens, Providencia stuartii e Providencia rettgeri. As gram-positivas são o Staphylococcus aureus e Staphylococcus saprophyticus p, Enterococcus sp e Corynebacterium urealyticum.</p> <p>Exames de imagem</p> <p>Importantes nos casos sem resolução e ITU complicadas. Considerar na primeira ITU de homens e em</p>	Médico

	ITU recorrente.	
5	Prescrever exame no prontuário.	Médico
6	Realizar medicação prescrita, checar no sistema e evoluir em prontuário.	Enfermeiro/ Téc. de enfermagem
Tratamento		
1	Deve ser diferenciado de acordo com o sexo do paciente.	Médico
2	Indicação de Hospitalização <ul style="list-style-type: none"> • Presença de qualquer critério clínico de gravidade; • Falha da terapêutica ambulatorial; • Doença concomitante grave; • Sinais de pielonefrite (dor lombar, febre alta, prostração) - em pacientes não graves considerar tratamento ambulatorial se houver possibilidade de reavaliação em 48-72h. 	Médico
3	Cistite não complicada <ul style="list-style-type: none"> • Sulfametoxazoltrimetoprim - 3 dias 7 dias / Adultos: 800+160 mg 12/12h Avaliar a troca se isolar outro germe que não seja Escherichia coli <ul style="list-style-type: none"> • Cefalexina 7 dias Adultos: 500 mg 6/6h Não indicada para tratamento curto (3 dias). • Norfloxacin 3 dias 7 dias 400 mg 12/12h Contra indicado em grávidas • Ciprofloxacino 3 dias 7 dias 500mg 12/12h Contra indicado em grávidas • Nitrofurantoína 7 dias 100 mg 6/6h 	Médico
4	Pielonefrite comunitária <ul style="list-style-type: none"> • Gentamicina 14 dias 3-5 mg/kg/d 1ª escolha – considerar terapia seqüencial oral após melhora clínica • Ceftriaxona 14 dias 1g/dia • Ciprofloxacino 14 dias 500 mg 12/12h • Amoxicilinaclavulanato 14 dias 500 mg 8/8h 	Médico
5	Se recorrência (> 3 episódios em 1 ano) considerar cultura com antibiograma, profilaxia após término do tratamento até avaliação urológica do trato urinário.	Médico
6	Bacteriúria assintomática Definição: Pelo menos duas uroculturas com crescimento bacteriano > 10 ⁵ UFC/ml, com isolamento da mesma bactéria, sem sintomas clínicos. Tratar apenas pacientes de alto risco: <ul style="list-style-type: none"> • Transplantados • Neutropênicos • Grávidas • Pré-operatório de cirurgias urológicas e colocação de próteses Seguir protocolo já exposto acima para o tratamento.	Médico
7	Prescrever tratamento específico no prontuário.	Médico
8	Realizar medicação prescrita, checar no sistema e evoluir em prontuário.	Enfermeiro/ Téc. de enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/downloads/manejo_e_tratamento_de_infeccao_urinaria.pdf

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Protocolo para tratamento no pós operatório de cirurgia cardíaca

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo para tratamento no pós operatório de cirurgia cardíaca	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Os resultados da cirurgia cardíaca estão relacionados aos fatores de risco pré-operatórios e ao adequado manejo da homeostase durante e após o procedimento cirúrgico. Os principais fatores de risco incluem: disfunção ventricular (fração de ejeção < 30%), lesão de tronco de coronária esquerda, diabetes, insuficiência renal, obesidade, doença pulmonar e idade avançada. A literatura dispõe de diversas metodologias e escores para avaliação de risco e previsão de resultados, fornecendo

ferramentas para a avaliação da qualidade do serviço e o desenvolvimento de estratégias de contínuo aperfeiçoamento.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico nas ações frente ao tratamento para os pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes adultos e pediátricos em pós-operatório em cirurgia cardíaca.

4. RESPONSÁVEIS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Nota importante:

Diversos aspectos do intra-operatório têm influência direta no processo de recuperação, dentre eles:

- Manejo da anestesia;
- Cardioplegia;
- Hipotermia;
- Duração da circulação extracorpórea.

Esses fatores variam em duração e magnitude de acordo com o tipo de cirurgia e técnica empregada, e em geral determinam redução da contratilidade e complacência cardíacas, além de alterações em diversos órgãos e sistemas.

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Realizar exame físico e coletar o histórico da paciente.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Definir pela resolução: <ul style="list-style-type: none"> • Efeitos das drogas anestésicas • Alterações das adaptações fisiológicas ao estresse • Alterações das adaptações a CEC 	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/ Fisioterapia

	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações decorrentes da isquemia <p>Através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administração de fluídos e eletrólitos • Equilíbrio ácido-básico • Oferta de O₂ • Inotropismo • Aminas vasoativas • Fisioterapia 	
3	Cuidados com faixa alocada no tórax e posteriormente com curativo local.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Realizar avaliação da dor.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Verificar Expansibilidade torácica.	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Cuidado com dreno torácico e mediastinal (retirar 2º dia dependendo da evolução)	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Sentar paciente com cuidado (2º dia)	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Iniciar deambulação (3º dia)	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Cinesioterapia ativa fora do leito, exercícios respiratórios, higiene bronquica (fisioterapia neste momento é muito importante).	Médico/ Fisioterapeuta
10	<p>Conduas:</p> <p>Reposição volêmica</p> <p>A reposição volêmica no pós-operatório visa a manter adequada a oferta de oxigênio e a perfusão tecidual.</p> <p>Sedação e analgesia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipirona IV 30 mg/kg a cada 6 horas, • Associada a tramadol 50 a 100 mg IV a cada 6 horas; <p>Casos de dor moderada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • morfina IV em doses fracionadas para evitar depressão respiratória e instabilidade hemodinâmica; <p>Casos de dor intensa, não controlada com bolus de morfina, deve-se utilizar infusão contínua em doses programadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • dor persistente, associada ou não à presença de drenos no tórax, • recomenda-se a realização de bloqueio intercostal ou peridural com cateter para infusão de analgésicos, precedida por avaliação da coagulação. 	Médico/ Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6 SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


<http://rca.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/176/2017/06/Cirurgia-cardiaca-pre-e-pos-operatorio-cardio.pdf> Acesso em: 25/11/2021.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou	xx/xx/xxxx Data
			Gestor(es) do(s) processo(s)	

Protocolo para tratamento de dissecação de aorta

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Protocolo para tratamento de dissecação de aorta	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Uma dissecação aórtica é um distúrbio frequentemente fatal em que a camada interna (revestimento) da parede aórtica se rompe e se separa da camada intermediária da parede aórtica.

2. OBJETIVO

Padronizar e direcionar o profissional médico nas ações frente ao tratamento terapêutico dos pacientes com suspeita diagnóstica de dissecação aortica.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes adultos e pediátricos

4. RESPONSÁVEIS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Realizar exame físico e coletar o histórico da paciente.	Médico/ Enfermeiro/Técnic o de Enfermagem
2	Verificar características clínicas / sinais e sintomas, como: <ul style="list-style-type: none"> • Dor torácica, • Dor na região dorsal, • Síncope, • Dor abdominal inexplicável, • Acidente vascular encefálico • Insuficiência cardíaca de início agudo, especialmente quando os pulsos ou pressão arterial nos membros forem desiguais. 	
3	<p>Exames necessários para diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ECG: não é útil para diagnóstico. Só para afastar isquemia. • Rx tórax: normal em 12% Sinal do cálcio (específico): distância de 1 cm entre a íntima e a adventícia Alargamento de mediastino (81-90%), dupla densidade por comprometimento da luz verdadeira, hemotórax Derrame pleural esquerda – hemotórax • Ecocardiograma transesofágico: 1ª opção na emergência para pacientes instáveis! (sens: 98% espec 97%; se ECO transtorácico: S 75% E 63-96% para tipo A e S 40% para tipo B) • Tomografia computadorizada helicoidal: 2ª opção para pacientes instáveis, boa especificidade (S 84-94% E 94-100%). Importante para programação cirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> • Aortografia: dupla luz e flap intimal falso negativo: trombose da falsa luz. S 88% E 95% <p>Desvantagens: procedimento invasivo/contraste iodado</p> <ul style="list-style-type: none"> • RNM: contraindicada em pacientes instáveis, com cliques ou marcapassos. Acurado, mas pouca eficácia na emergência. 	Médico
4	<p>Tratamento clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A proximal responde melhor ao tratamento cirúrgico, e a distal ao clínico, mas ambas devem ser compensadas clinicamente inicialmente. • Monitorização de PA/FC/Débito urinário <p>1º diminuir FC, depois baixa PA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metoprolol 5 mg EV 5/5 min até 15 mg ou mais (até FC próximo a 60 – betabloquear; só então faz nitrato). Se contraindicação, verapamil ou diltazem EV. 	

	<ul style="list-style-type: none"> Após 15 min, nitroprussiato EV 0,3-0,5mcg/kg/min, aum. 0,5mcg/kg/min a cada 3-5min. (se suspeita de SCA, fazer nitroglicerina). Tentar manter PAS próxima à 100-110mmHg. Morfina 3-6mg EV para analgesia (alívio da dor – aum. tônus simpático) 	
5	<p>Tratamento cirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dissecções proximais agudas (tipo A) Dissecções distais agudas (tipo B): operar se complicação e comprometimento de órgãos vitais, ruptura, extensão retrógrada para aorta ascendente, síndrome de Marfan. Mortalidade em 1 mês de 25-50%. A via (aberta ou endovascular) é discutível. Se não complicada, mortalidade de 10% em 1 mês. Geralmente tratamento clínico. 	Médico
6	Definir o tratamento adequado, prescrever e comunicar a equipe de enfermagem, fisioterapia para dar continuidade ao tratamento.	Médico
7	Verificar prescrição, encaminhar para exames solicitados e realizar medicações prescritas.	Médico/ Enfermeiro/Técnic o de Enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

http://www.hmasp.eb.mil.br/images/qualidade_e_seguranca_inter/emerg/protc2-completo.pdf


<https://.bjcvs.org/single-post/2020/09/20/disseccao-de-aorta-diagnostico-e-tratamento-de-uma-doenca-desafiadora/>

8. ANEXOS

Não se aplica.

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Gestor(es) do(s) processo(s) Data</p>
---	---	---

Protocolo para tratamento de dissecção de aorta

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Queimaduras no paciente pediátrico	Versão: 00
	Folha Nº: 1/

1.Objetivo

Padronizar a assistência ao paciente pediátrico para otimizar o tratamento do paciente grande queimado, identificar e tratar o hipermetabolismo.

2.DIRETRIZ

2.1 Definição

Queimadura é uma lesão tecidual decorrente de trauma térmico, elétrico, químico ou radioativo. Em nosso meio a lesão térmica permanece sendo a mais frequente. O prognóstico do paciente queimado depende de diversos fatores referentes ao tipo, profundidade e localização da lesão, e a conduta inicial adequada realizada pela equipe médica tem mostrado uma grande redução na morbimortalidade desse paciente.

2.2 Diagnóstico (Tipos)

Térmicas: são as mais frequentes e que resultam da transferência de energia de uma fonte de calor para o organismo.

Podem ser provocadas por calor seco ou úmido (água quente, vapor de água, fogo,..)

Químicas: podem ser provocadas por ácidos ou bases que quando absorvidos podem provocar lesão para órgãos internos. O grau de destruição dos tecidos depende da natureza do agente químico, da sua concentração e da duração de contacto com a pele.

Elétricas: podem ser causadas por disparos elétricos ou pela passagem direta de corrente elétrica através do corpo. O primeiro produz queimaduras idênticas às térmicas. O segundo apresenta uma porta de entrada (local de contato com a corrente

elétrica) e uma porta de saída (local de saída de corrente após uma trajetória pelo corpo). Ambas provocam danos profundos. A sua gravidade depende do tipo de corrente, da quantidade de corrente, da duração do contacto e do seu trajeto.

Por Radiação: são causadas pela transferência de radiação para o corpo. A mais comum é a radiação solar. Inalatória: lesão causada por calor, em que existe inalação de monóxido de carbono ou fumo (que contém outros diferentes tipos de gases).

2.3 Classificação

Quanto à Profundidade das Queimaduras:

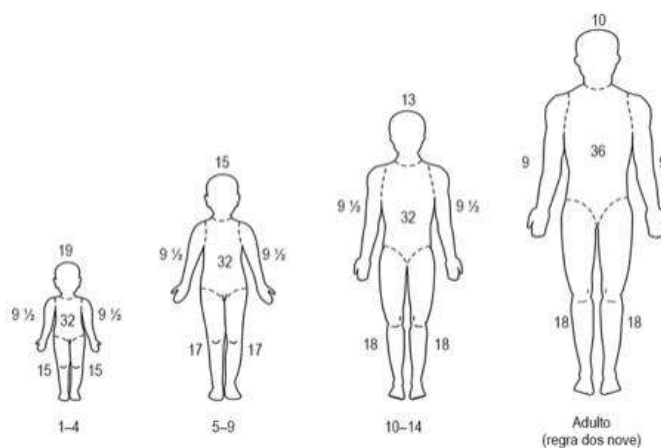
- Primeiro Grau: limitadas à epiderme, manifestando-se por eritema e dor moderada, não ocorrendo bolhas nem comprometimento de anexos cutâneos. Tratadas com analgésico e mais comumente causadas por exposição solar.
- Segundo Grau: superficiais: comprometem toda epiderme até porções superficiais da derme, são muito dolorosas, com superfície rosada, úmida e com bolhas. Profundas: comprometem toda epiderme e a camada reticular da derme. A pele se mostra seca, com coloração rosa pálido, podendo comprometer a vascularização. Pode apresentar dor moderada
- Terceiro Grau: compromete epiderme, derme e hipoderme. A área pode ser tanto pálida quanto vermelho-amarelada. Costuma não apresentar dor.
- Quarto Grau: compromete pele, subcutâneo, músculos e até ossos. Típico de queimaduras elétricas.

2.4 Superfície corporal queimada

O cálculo exato da SCQ é um dos fatores mais importantes no manejo inicial de pacientes com queimaduras. Ele serve de base para o cálculo de ressuscitação hídrica.

Fórmula de Lund – Browder: é a mais utilizada para rápida estimativa das queimaduras, porém na pediatria utilizaremos a Regra dos nove (melhor acurácia).

A criança tem quase três vezes a relação da superfície corporal para a massa corporal de adultos.



2.5 Quanto a extensão/gravidade

Pequeno Queimado

- Queimaduras 1º grau (qualquer percentagem), 2º grau até 5% SCQ em crianças e 10% SCQ adultos.

Médio Queimado

- Queimadura 2º grau 5-15% SCQ em crianças e 10-20 SCQ em adultos, qualquer queimadura de 2º grau em mão, pé, face, pescoço, axila ou grande articulação.

Grande queimado

- Queimadura 3º grau < 5% SCQ em crianças e 15% SCQ em crianças e >20% SCQ em adultos. - Queimadura de 3º grau >5% SCQ em crianças e >10% SCQ em adultos.
- 2º ou 3º grau acometendo períneo
- 3º grau atingindo mão, pé, face, pescoço ou axila.

Queimadura elétrica, qualquer acometimento de via aérea, politrauma, paciente com outras comorbidades.

QUEIMADURA GRAVE – CLASSIFICAÇÃO DA AMERICAN BURN ASSOCIATION

Queimadura > 25% SCQ em pacientes entre 10 e 40 anos

Queimadura > 20% SCQ em pacientes menores de 10 anos

Queimadura terceiro grau > 10% SCQ

Queimadura de olhos, orelhas, face, mãos, pés ou períneo, que podem resultar em alteração funcional ou estética
Queimadura por corrente elétrica de alta voltagem
Queimadura complicada por trauma importante
Queimadura em pacientes com comorbidade grave

2.6 Manejo Inicial

A Queimadura é considerada um Trauma devendo-se, portanto, tratá-lo como tal.

Manejo primário do trauma ABCDE:

- Intubação endotraqueal precoce se: queimadura facial ou lesão por inalação.
- Oxigenação e ventilação
- Ressuscitação hídrica inicial: SF ou RL 20 – 30ml/kg
- Remoção de roupas queimadas, líquidos quentes, colares e pulseiras.

Se lesões térmicas e inalatórias: avaliação de via áreas e intubação

Na pediatria a obstrução de via aérea por edema durante a ressuscitação volêmica é muito comum.

Em lactentes a intubação precoce está indicada (pequeno diâmetro das vias áreas)

Respiração

A respiração pode estar deprimida devido:

- Trauma associado
- Medicação sedativa no transporte
- Intoxicação por monóxido de carbono ou cianeto.
- Queimadura circular do tórax ou abdômen.

Circulação

Grandes queimados com SCQ > 15%, sofrem com a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) e necessitam de ressuscitação hídrica para prevenir o choque e a morte. Atrasos na ressuscitação por falta de acesso ou incapacidade de avaliação aumentam as taxas de complicações e óbitos.

Se necessário a punção periférica, acesso central ou outros procedimentos invasivos podem ser realizados sobre a área queimada.

Acidentes por corrente elétrica de alta voltagem podem levar a arritmia cardíaca com comprometimento hemodinâmico.

Ressuscitação

Após avaliação da SQC, usamos a Fórmula de Parkland para estimativa de quantidade de líquido a ser oferecido.

Fórmula Parkland: 2-4ml/kg x (%SCQ)

Reposição deve ser realizada com Ringer Lactato em 24 horas, sendo metade desse volume nas primeiras 8 horas e metade nas 16h seguintes (deve ser contadas a partir do momento da queimadura).

A hidratação hídrica diária (Holliday) deve ser mantido paralelamente ao RL. A ressuscitação hídrica deve ser reavaliada a cada hora e ajustada de acordo com as necessidades. O débito urinário é o melhor parâmetro para avaliar ressuscitação volêmica.

Outros parâmetros que deve ser avaliado: sensório, Tempo de enchimento capilar, pressão sanguínea e lactato sérico. Se houver sinais de choque, realizar expansão com Ringer Lactato -> 20ml/kg (10 a 20 minutos).

Débito Urinário
< 30kg: 1 – 1,5ml/kg/h
>30kg: 0,5 – 1ml/kg/h

- Coloides: O uso permanece controverso.

Estudos demonstram que uso de albumina 5% nas primeiras 8 a 12h reduz a necessidade de volume de cristaloides com menor complicação relacionada a sobrecarga hídrica.

Em outros estudos é recomendado que, para reposição nas primeiras 24 horas, deve-se utilizar principalmente o Ringer Lactato já que, apesar de a perda proteica ocorrer principalmente nas primeiras 12 a 18 horas, a integridade capilar só é restaurada após 24- a 48 horas e, por isso, a albumina administrada precocemente pode se acumular no interstício, aumentando o edema.

2.7 Exames complementares

- Hemograma
 - Eletrólitos
 - Gasometria
 - Função Renal
 - Proteínas totais e frações (manter albumina >2mg/dL)
 - Coagulograma
 - EAS: para detectar mioglobínúria em pacientes que tiveram dano muscular
 - Dosagem de Monóxido de carbono: solicitar sempre que queimadura for relacionada a incêndios.
 - Rx de tórax (se sintomas respiratórios)
 - TC de crânio/tórax/abdome (a depender do mecanismo de lesão; em caso de trauma, solicitar sempre)
 - Eletrocardiograma
 - CPK, CKMB
 - Função hepática
- } Se queimadura elétrica

2.8 Controle da dor

O controle da dor no paciente queimado representa um grande desafio desde o atendimento inicial até a fase de reabilitação.

Além de ser uma fonte de sofrimento imediato em pacientes, pode interferir nos cuidados e ser causa de aumento no tempo de internação. Pode também estar associada a longo prazo com estresse pós traumático e sofrimento emocional. A dor está entre as causas mais comuns de sofrimento durante o primeiro ano após a recuperação e, portanto, deve ser tratada de forma agressiva.

O estresse pós traumático é identificado em crianças queimadas em até seis meses após a lesão. Isso pode ser evitado nas crianças cuja dor e ansiedade são bem controladas.

Para o manejo da dor em queimadura, a mesma foi classificada em 5 tipos:

1. Dor aguda devido lesão de pele
2. Dor decorrente do curativo
3. Dor aguda persistente
4. Dor após debridamento centro cirúrgico
5. Dor crônica

O tratamento é com analgésicos de intensidade leve a moderada, com concentrações plasmáticas em que a droga permanece constante.

Infusões de opióides intravenosos (IV) contínuos, com analgesia controlada pelo paciente (PCA):

Morfina IV, infusão contínua 0,01 a 0,04mg/kg/hora

Para atingir analgesia adequada, pode administrar bolus morfina 0,05 a 0,1mg/kg

Com início da dieta oral, substituir infusão IV por VO/SNE. Administração oral de opióides de ação prolongada com eliminação prolongada (metadona) ou absorção enteral prolongada (morfina de liberação sustentada)

Administração oral de analgésicos opióides orais de curta ação ou agentes antiinflamatórios não esteroides (AINEs)

Os analgésicos não opióides (paracetamol, ibuprofeno, dipirona) podem ser uteis para suprimir dor de leve intensidade e para diminuir o uso de analgésicos mais potentes.

Procedural Pain/ Dor Durante Curativo

- As trocas de curativos produzem dor que é mais intensa e mais curta em relação a dor anterior.
- Para realizar curativo a forma ideal seria com sedação potente, analgesia, ansiolíticos e / ou anestesia geral. No entanto, é inviável usar anestesia geral diariamente. Deve-se administrar a menor dose de um fármaco com o maior índice terapêutico.
- O ideal é o uso da cetamina associada a dexmedetomidina – A cetamina inibe a bradicardia e hipotensão do precedex e, por sua vez, o precedex inibe a sialorreia e alucinação da cetamina. Além de reduzir sinais de abstinência.
- Caso criança permanece com fácies de dor, avaliar uso de fentanil ou propofol.

Breakthrough Pain/ Dor Aguda Persistente

- A dor ininterrupta ocorre quando a criança desenvolve tolerância a analgesia anterior ou quando apresenta piora da lesão associado a infecção de ferida.
- O ideal é aumentar a dose da morfina ou associar outro analgesia em horários alternados.

Postoperative Pain/ Dor Pós Operatória (Após Debridamento)

- Após debridamento a criança apresenta uma piora da dor de 72horas a 96horas. - Intensificar analgesia após procedimento.

Chronic Pain/ Dor Crônica

- Dor crônica é aquela que persiste de 3 a 6 meses após a queimadura.
- A forma mais comum de dor crônica é a dor neuropática resultado dos danos sofridos nas terminações nervosas da pele.

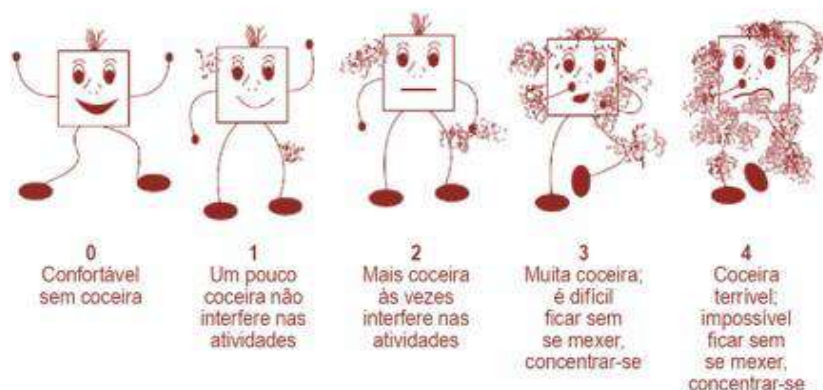
USO DA GABAPENTINA PARA O CONTROLE DA DOR

REALIZADO ESTUDO QUE COMPAROU A ADMINISTRAÇÃO DA GABAPENTINA EM PACIENTE PEDIÁTRICOS COM QUEIMADURAS GRAVES. OBSERVADO REDUÇÃO CONSIDERÁVEL DO USO DE

MORFINA EM PACIENTES QUE FAZIAM USO DA GABAPENTINA, MENOR EFEITOS COLATERIAIS, MENOR TEMPO DE INTERNAÇÃO. NOS GRANDES CENTROS DE QUEIMADURA, TEM SIDO PRECOCE O INICIO DA GABAPENTINA EM PACIENTES COM QUEIMADURAS GRAVES NA DOSE DE 10MG/KG/DIA.

2.9 Controle do prurido

Prurido pós queimadura é um sintoma muito comum. O prurido pode ter impacto substancial na qualidade de vida, levando a distúrbios do sono, prejuízo das atividades da vida diária e afetando o psicológico. A gravidade do prurido pode ser medida com a escala de Manch Man.



Tratamento medicamentoso

- Anti-histaminicos
 - Clorfeniramina
 - Hidroxizina
 - Cetirizina
 - Loratadina
- Gabapentina
 - Medicamento anticonvulsivante, usado para tratamento de epilepsia e dor.

- Tem efeito antipruriginosos por bloquear os canais de cálcio pós sinápticos e/ou inibindo a síntese de neurotransmissores.

2.10 Infecção

As infecções são as complicações mais comuns após queimaduras. As mais frequentes são pneumonia, ITU e celulite. A sepse é a principal causa de mortalidade nesses pacientes. Há uma diferenciação na sepse pediátrica da sepse encontrada após a queimadura. Devido a resposta metabólica é comum a taquicardia persistente, taquipneia, leucocitose e temperatura corporal “normal” em torno 38 graus.

Não é indicado uso de antibiótico profilático; a sepse raramente ocorre na primeira semana.

3.DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Brasil. Ministério da Saúde. Queimaduras. Brasília: MS; 2017 [acesso em 2021 jan 18]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/component/content/article/842-queimados/40990-queimados>

World Health Organization. Burns [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso 2020 dez 22]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/en/>

Peck MD. Epidemiology of burn injuries globally [Internet]. Waltham: UpToDate; [acesso 2020 Nov 18]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiologyof-burn-injuries-globally>

Padua GAC, Nascimento JM, Quadrado ALD, Perrone RP, Silva Junior SC. Epidemiologia dos pacientes vítimas de queimaduras internados no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Santos. Rev Bras Cir Plást. 2017;32(4):550-5.


Greenhalgh DG. Sepsis in the burn patient: a different problem than sepsis in the general population. Burns Trauma. 2017;5:23.

Prata PHL, Junior WFF, Lemos ATO. Reparação volêmica na criança queimada. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(3): 400-405

Rice PL, Dennis PO. Emergency care of moderate and severe thermal Burns in adults. Uptodate. Online 12.2; 2021[uptodated 2021 mar 14]. [13 p.]

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Manejo da criança em caso suspeito ou confirmado de presença de corpos estranhos em vias respiratórias.

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório	Identificação: 000
Assunto: Manejo da criança em caso suspeito ou confirmado de presença de corpos estranhos em vias respiratórias.	Versão: 00
	Folha Nº: 1/

1. INTRODUÇÃO

O corpo estranho nas vias respiratórias, acontece com frequência nas crianças pequenas de 1 a 4 anos, mais frequentemente no sexo masculino e deve ser evocado de maneira sistemática, perante toda a dificuldade respiratória obstrutiva aguda (sibilância ou estridor, cianose, e retração torácica, apneia, etc).

Quando é presenciado, sempre há referência a um episódio de engasgamento, seguido de tosse intensa.

O agente responsável é qualquer objecto de pequenas dimensões (peças de jogos ou de brinquedos, balões, tampa de esferográfica, tipo bic, feijões, amendoim, botões, pi-lha de relógio, etc). De um modo geral, os sinais e sintomas dependem da natureza, tamanho, localização e grau de obstrução do corpo estranho nas vias respiratórias e, se se trata duma situação antiga ou recente.

2. OBJETIVO

Manejo da criança em caso suspeito ou confirmado de presença de corpos estranhos em vias respiratórias.

3. PROCEDIMENTO

A. Corpo Estranho Antigo e Desconhecido

Rinorreia purulenta unilateral fétida ↓ Corpo estranho intra-nasal ↓ Extração	Infecções respiratórias de repetição sempre com a mesma localização radiológica ↓ Corticoides e antibióticos 8 a 10d ↓ Broncoscopia rígida sob anestesia geral e extração
---	---

B. Corpo Estranho Recente e/ou Conhecido

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Presença de obstrução nasal unilateral = corpo estranho intra-nasal Conduta clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Extração com pinça. 	Médico Otorrinolaringologista
2	Asfixia aguda, paragem respiratória ou dispnéia alta com tiragem/estridor, disfonia, cianose = corpo estranho na laringe Conduta clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Se a criança está em apneia e tiver > 1 ano, proceder à manobra de Heimlich (forte e brusca compressão epigástrica com os punhos, de baixo para cima). • Se tiver < 1ano, procecer à percussão forte no dorso. ○ Supraglote: Realizar extração com pinça sob laringoscopia. ○ Subglote : Realizar a intubação com uma sonda e empurrar paraum brônquio, seguido de extracção por broncoscopia rígida. 	Médico Otorrinolaringologista
3	Presença de sinal de alternância de dispneia laríngea com dispneia asmatiforme = corpo estranho traqueal.	Médico Otorrinolaringologista

	Conduta clínica: <ul style="list-style-type: none"> Traqueo broncoscopia rígida. 	
4	Presença de tosse, por vezes sem dispneia = corpo estranhobrônquico Conduta clínica: <ul style="list-style-type: none"> Realização de exame de Rx (atelectasia, enfisema, desvio do mediastino e imagem do próprio corpo estranho, se este demonstrar radiopaco); Broncoscopia rígida. 	Médico Otorrinolaringologista

Atenção:

Chama-se a atenção para as situações intermitentes, em que, após um episódio de sufocação, tosse persistente e cianose, a criança pode apresentar-se assintomática, reiniciando sintomas posteriormente.

Exames diagnósticos auxiliares:

Rx de tórax PA e perfil e/ou cervical é muito importante para o diagnóstico, podendo visualizar-se o corpo estranho, se for radiopaco ou as alterações do RX (atelectasia ou insuflação).

4. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Pediatria e Neonatologia de Urgência, G.Hualt e B.Labrune – 1987.

Tratado de Pediatria - Nelson-17ª edição- 2004, Pg 1503 Alteraciones del aparato respiratório en niños - Kendig-Chernick, 1983 pg 492 a 496.

Tratado de Clínica Pediátrica, João M. Videira Amaral -2008, pg 474 a 475.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Manejo clínico em Otites

<p align="center">Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u></p>	
--	---

Setor: Ambulatório/ Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Manejo clínico em Otites	Versão: 00
	Folha Nº: 1/

1. INTRODUÇÃO

Otite é o termo médico genérico usado para denominar as infecções e inflamações do ouvido, que causam bastante incômodo e dor ao paciente.

Essa é uma condição relativamente comum e todo mundo deverá sofrer de otite pelo menos uma vez na vida. No geral, ela costuma durar por alguns dias e, com o uso de medicamentos, se cura sem maiores problemas.

Mas existem algumas complicações que podem acontecer por conta de uma otite que tenha sido mal acompanhada ou mal tratada. Entre elas podemos destacar a perda parcial da audição, a perda temporária da audição, fluídos persistentes que ficam dentro do ouvido e também infecções que acontecem de forma cíclica e parecem nunca melhorar.

2. OBJETIVO

Manejo clínico em situações de otites.

3. DIRETRIZ

A - Otite externa

Otite externa é conhecida como infecção do canal auditivo externo. O estreitamento congênito ou adquirido do CAE predispõe a esta infecção.

O agente etiológico mais frequente é o S.aureus. A Pseudomonas aeruginosa e outros germens são mais frequentes nos indivíduos imunodeprimidos e nos que praticam natação. Típicamente, observa-se oclusão parcial ou completa do canal auditivo externo (CAE) pela secreção ou edema. Nas crianças mais pequenas, deve ser excluída a presença de corpo estranho.

Quando o edema dificulta a penetração da medicação, drenagem ou lavagem, deve ser considerada.

Diagnóstico das otites externas:

Otalgia, secreção purulenta, espessamento dos tecidos do cae e periauricular e dor à pressão do tragus, por mani-pulação do lóbulo da orelha.

Tratamentos das otites externas:

Local: Solução 1% de Ácido acético, Gentamicina, Cloranfenicol ou Ofloxacina 0,3% (gotas), podem ser eficazes, durante 5 a 10 dias.

Sistêmico: (nos casos moderados a graves):

1. Oral: Amoxicilina + ácido clavulânico ou Oxacilina (anti-estafilococo).
2. Parentérica (casos graves ou imunodeprimidos): Oxacilina (anti-estafilococo), Ciprofloxacina (anti- pseudomonas).

B - Otite média aguda

Otite média aguda é conhecido como uma inflamação de natureza infecciosa, geralmente bacteriana, do ouvido médio e anexos.

É a infecção bacteriana mais comum em idade pediátrica e a principal causa de uso de antimicrobianos em crianças.

Etiopatogenia:

Há obstrução tubária com comprometimento da ventilação do ouvido médio, inflamação, derrame estéril, com posterior infecção bacteriana por secreção nasofaríngea infectada, que ocorre por aspiração, durante o choro ou obstrução nasal.

Agentes etiológicos mais frequentes, segundo dados da literatura médica mundial: *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

Nos recém- nascidos, os agentes mais frequentes são: Estafilococos aureus e bacilos entéricos Gram negativos.

Clínica da Otite Média:

O pico de incidência e prevalência ocorre entre os 6 e os 20 meses de idade.

Há várias formas clínicas de apresentação da doença:

- Febre + otalgia (traduzida habitualmente pelo acordar súbito, com choro persistente, várias horas após sono profundo, irritabilidade diurna injustificada e prolongada).
- Febre isolada (embora possa haver otite sem febre).
- Coriza, rinofaringite que se prolonga para além dos 10 dias.
- Tímpano difusamente congestionado ou distendido e/ou otorreia por perfuração timpânica.
- Coriza associada a diarreia ou diarreia isolada.

Na ausência de otorreia é obrigatório proceder a otoscopia, sem a qual não se estabelece o diagnóstico.

A membrana timpânica pode estar opalescente, abaulada e/ou hiperemiada. Numa fase inicial, pode estar apenas retraída.

O exame otoscópico deve ser sistemático, em toda a criança com infecção das vias aéreas superiores, mesmo sem otalgia.

TRATAMENTO AMBULATORIAL

- Desobstrução nasal com soro fisiológico
- Antipiréticos/analgésicos (Paracetamol ou Ibuprofeno) durante 24 - 48h em crianças saudáveis com > 2 anos, sem factor de mau prognóstico. Se não resolver, instituir terapêutica antibiótica.
- Tratamento antibiótico:
 - 1ª Linha – Amoxicilina 80 a 100mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10 dias.
 - 2ª Linha – Amoxicilina + ácido clavulânico 50mg/kg/dia, de 8/8h, durante 10 dias.

Controle após 3 dias de tratamento. Se boa evolução, completa os 10 dias de tratamento;

Se evolução desfavorável, dependendo da clínica, considerar a introdução do antibiótico de 2ª linha ou interconsulta com otorrinolaringologista, para tímpanocentese, meringotomia ou eventual internação.

SEMPRE QUE POSSÍVEL, ADEQUAR O TRATAMENTO ANTIBIÓTICO AO ANTIBIOGRAMA (TSA)

Se alergia aos beta-lactâmicos :

- Eritromicina – 30-50 mg/kg/dia, de 6/6h (crianças < 6 meses);
- Azitromicina – 10mg/kg/dia, dose única diária, durante 3 dias (crianças > 6 meses).

QUANDO INTERNAR?

- RN e lactentes < 3 meses
- Casos complicados com: mastoidite, meningite, otoantrite, paralisia do facial e ainda os imunodeprimidos.
- Mediar com Ceftriaxone 100 mg/kg/dia + Gentamicina 5-7 mg/kg/dia, durante 10 a 21 dias, conforme etiologia e evolução.

C - Otite média crônica

Otite média crônica é reconhecida a partir de sinais e sintomas como: supuração crônica, intermitente ou contínua, com ou sem odor fétido, em geral com perfuração da membrana timpânica e granulações no ouvido médio, decorrentes de má evolução de uma otite média aguda, que persiste por mais de 1 mês.

Agentes etiológicos: pseudomonas, colibacilos, estafilococos e proteus.

CONDUTA CLÍNICA:

- Não tapar o ouvido. Não usar cotonetes.
- Secar e Limpar com mechas secas de algodão ou pano limpo, pelo menos 3 vezes por dia.
- Norfloxacin – instilar 2 gotas no ouvido, 3 vezes por dia, durante duas semanas.

4. SIGLAS

CAE: canal auditivo externo (CAE)

TSA: Teste de Sensibilidade a Antimicrobianos (**TSA**)

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Tratado de Clínica Pediátrica - 2008, João M.VideiraAmaral, Pg 75, 76 e 419.

Manual de Otorrinolaringologia, Vol III - Pg 70 a 90. Orientação Diagnóstica em Pediatria, vol 1, 2003 - Pg297 a 301.

Tratado de Pediatria - Nelson-17ª edição- 2004.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

Manejo clínico nos quadros de Icterícia do recém-nascido

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/ Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Manejo clínico nos quadros de Icterícia do recém- nascido	Versão: 00
	Folha Nº: 1/

1. INTRODUÇÃO

Icterícia do recém-nascido

Conceituada como coloração amarelada da pele e escleróticas, que resulta do aumento dos níveis de bilirrubina, no período neonatal.

2. OBJETIVO

Proporcionar o manejo clínico adequado para os recém nascidos em situações de icterícia.

3. DIRETRIZ

Icterícia fisiológica

- Presente em 50% dos RN.
- Início > 24 a 48h, com pico no 3º- 4º dia vida no RN termo e, 5º- 6º no RN pré-termo.

- Dura até 7 dias no RN termo e, até 2-4 semanas no RN pré-termo;
- Bilirrubina indireta ≤ 12 mg/dl no RN termo e, 15 mg/dl no RN pré-termo.
- Não é acompanhada de anemia;
- Exacerbada pela presença de policitemia, hematomas, atraso na eliminação do mecônio, sangue deglutido e desidratação.

ICTERÍCIA PATOLÓGICA

- Início antes das 24h de vida (icterícia precoce);
- Icterícia no RN doente;
- Icterícia prolongada;
- Elevação dos níveis de bilirrubinemia total > 5 mg/dl/dia;
- Bilirrubinas direta > 2 mg/dl;
- Bilirrubina total > 15 mg/dl no RN a termo e > 12 mg/dl no pré-termo;
- Fezes acólicas e urina escura (colúria)

CAUSAS DE ICTERÍCIA PATOLÓGICA

- Incompatibilidade sanguínea do grupo ABO ou Rh;
- Septicemia;
- Infecção urinária;
- Cefalo-hematoma gigante;
- Anomalia dos eritrócitos;
- Estenose Hipertrófica do Píloro;
- Hipotiroidismo (Raro);
- Defeitos enzimáticos.

A icterícia por incompatibilidade Rh, manifesta-se nas primeiras 24h de vida. Uma mãe Rh negativa, sensibilizada por eritrócitos Rh positivos do feto, produz anticorpos que, passando através da placenta, vão hemolizar também os eritrócitos do filho.

Na icterícia por incompatibilidade ABO, os anticorpos produzidos por uma mãe do grupo O vão hemolisar os eritrocitos do feto (e do RN) grupo A ou B. Os casos AO

são mais severos que BO. A incompatibilidade AB é pouco frequente e menos grave.

CLÍNICA

No exame físico, é recomendado avaliar intensidade e a extensão da icterícia, cuja progressão é cefalocaudal.

ICTERÍCIA NEONATAL

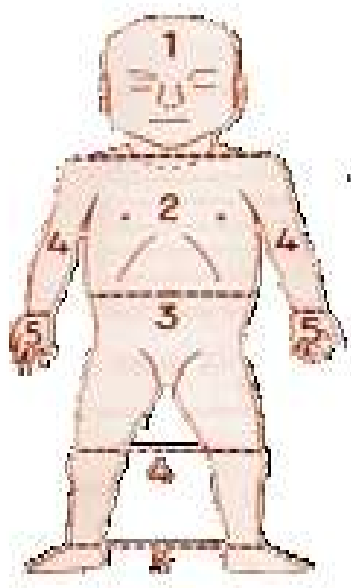


Figura - Zonas de kramer

Progressão cefalo-caudal proporcional ao aumento da bilirrubina sérica

Zonas do corpo.

Zona I: Abrange a cabeça e pescoço.

Zona II: Zona I + tronco até umbigo.

Zona III: Zona II + até raiz da coxa.

Zona IV: Zona III + antebraços, braços, pernas e pés.

Zona V: Zona IV + palmas de mãos e plantas dos pés.

As principais formas clínicas:

- Icterícia fisiológica
- Icterícia do prematuro
- Icterícia do aleitamento materno
- Icterícia por hemólise
- Hemólises constitucionais
- Infecções

FATORES QUE AUMENTAM A TOXICIDADE DE BILIRRUBINA

- Prematuridade
- Hipoalbuminémia
- Hipotermia
- Infecção
- Hipoglicémia,
- Acidose

- Hipoxia
- Medicamentos

INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL BÁSICA, A NÍVEL HOSPITALAR

Todo RN com critérios que excluem icterícia fisiológica, recomenda-se a solicitações de exames como:

- Bilirrubina total e direta
- Hemograma completo
- Contagem de reticulócitos
- Grupo sanguíneo e Rh na mãe e no RN
- Teste de Coombs direto no RN e indireto da mãe

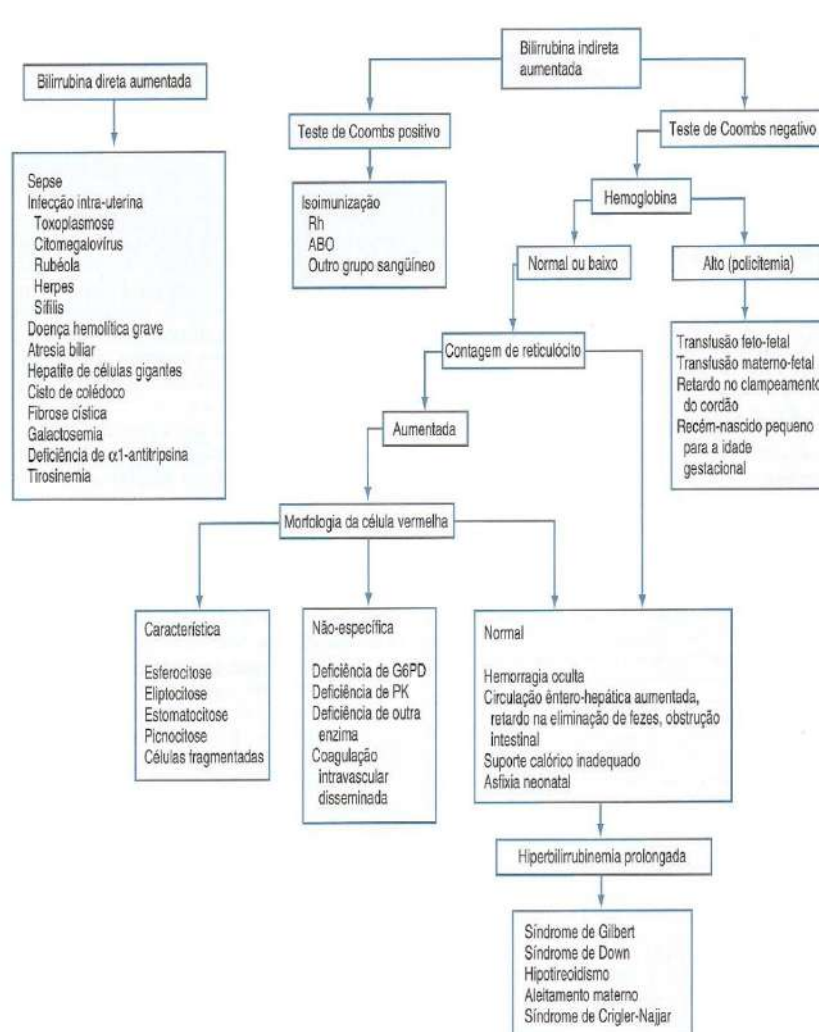


Figura 91-7. Abordagem esquemática para o diagnóstico da icterícia neonatal. G6PD = glicose-6-fosfato desidrogenase; PK = piruvato-quinase. (De Oski FA: Differential diagnosis of jaundice. In Taesch HW, Ballard RA, Avery MA [editores]: *Schaffer and Avery's Diseases of the Newborn*, 11th ed. Philadelphia, 2004, Elsevier.)

TRATAMENTO

Depende das causas e dos níveis de bilirrubina:

- Evitar o frio, jejum prolongado, anoxia, desidratação e acidose.
- Tratar os fatores causais, sempre que possível.
- A luz solar, antes das 10h e depois das 16h
- A fototerapia (ver quadro 1)
 - A fototerapia deve ser feita com luz branca ou azul, de preferência, lâmpadas fluorescentes a uma distância da pele inferior a 45cm (ideal 30cm), exposição máxima com a criança nua, com protetor negro nos olhos e testículos, alternando dorso/ ventre de forma contínua ou intermitente, conforme a intensidade da icterícia.
 - Observar rigorosamente a temperatura e aumentar a oferta de aporte hídrico (1ml/kg/hora) ou leite materno em 10 a 20% para prevenir a desidratação.

INDICAÇÕES DA FOTOTERAPIA

- Hiperbilirrubinemia por incompatibilidade ABO
- Prematuro com icterícia fisiológica exagerada (≥ 10 mg/dl)
- Icterícias por septicemia
- Incompatibilidade Rh (tem alguma utilidade, quando não for possível EST)

INDICAÇÃO DO USO DE: EXSANGUÍNEO-TRANSFUSÃO (EST) - *quadro 1*

A **exsanguineotransfusão** (EXT) é a substituição do sangue do RN, através da retirada de múltiplas alíquotas, pela mesma quantidade de sangue de um doador Homólogo.

- Hemólises severas, com bilirrubina > 5 mg/dl no sangue do cordão ou aumento > 1 mg/dl/h ou ainda > 20 mg/dl, são indicações absolutas
- Encefalopatia
- Ausência de resposta à fototerapia
- Hemólise grave *in útero*

Após EST, manter fototerapia e determinar bilirrubina de 4/4h.

Quadro 1:

Bilirrubina na sérica mg/dl	Peso nascer	< 24 h	24 - 48h	48 - 72h	>72h
< 5	Qualquer				
5 -9	Qualquer	Fototerapia se hemólise			
10 - 14	< 2500g	EST se hemólise	Fototerapia		
	>2500g				
15 a 19	< 2500g	EST	EST	Fototerapia ou EST	
	>2500g			Fototerapia ou EST	
≥ 20	Qualquer	Exsanguíneo-transfusão			

4. SIGLAS

RN: Recém nascido

EST: : Exsanguíneo-transfusão


5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Orientação Diagnóstica em Pediatria - 2003, J. MartinsPalminha - vol 2, Pg 1019 a 1024.

Pediatria e Neonatologia de Urgência - Pg G.Hualte B.Labrune 654 a 661.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

Manejo clínico em quadros de anemias

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO MÉDICO</u>	
Setor: Ambulatório/ Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Manejo clínico em quadros de anemias	Versão: 00
	Folha Nº: 1/

1. INTRODUÇÃO

A anemia geralmente é definida como a redução do número de eritrócitos, ou a redução dos valores da hemo- globina e do hematócrito.

Na prática e, seguindo as orientações da OMS, devem ser consideradas anêmicas, as crianças com valores de he- moglobina inferiores a 11g/dl (6 meses a 6 anos de idade) ou de 12 g/dl (> 6 anos de idade).

2. OBJETIVO

Padronizar o manejo clínico em crianças e adolescentes com quadro de anemias.

3. DIRETRIZ

FISIOPATOLOGIA

Há essencialmente três mecanismos fisiopatológicos:

- Destruição de eritrócitos.
- Diminuição da contagem de eritrócitos, devido a he morragia.
- Falência na produção de eritrócitos

Sintomas e sinais clínicos das anemias (todos inespecíficos):

- Dependem da gravidade, rapidez de instalação e estado cardiovascular e respiratório prévio.
- As anemias graves, de instalação lenta e progressiva, podem ser assintomáticas durante muito tempo.

- Na anemia aguda (hemorragia e sequestro esplênico), predominam sinais de hipovolêmia e choque, enquanto que nos casos de hemólise grave aguda, predominam sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

Pode-se encontrar:

- Palidez da pele e mucosas, embora nem toda a palidez seja devida à anemia, mas sim, a uma vasoconstrição periférica.
- Cansaço fácil, prostração e anorexia.
- Taquipneia, taquicardia, dispneia e sopro cardíaco.
- Icterícia e urina escura (colúria).
- Irritabilidade.
- Atraso de crescimento e desenvolvimento
- Esplenomegalia e/ou hepatomegalia.
- Dismorfismo facial, em algumas anemias de causa genética.

CLASSIFICAÇÃO DAS ANEMIAS:

A- Fisiopatológica

- por perdas sanguíneas;
- por excesso de destruição;
- por alterações da produção.

B- Morfológica

- ↓VGM;

O volume globular médio (VGM) ou volume corpuscular médio (VCM), mede o tamanho das hemácias. Um VCM elevado indica hemácias macrocíticas, ou seja, hemácias grandes. VCM reduzidos indicam hemácias microcíticas, isto é, de tamanho diminuído. Esse dado ajuda a diferenciar os vários tipos de anemia.

EXAMES COMPLEMENTARES

(Sequencial, conforme a orientação diagnóstica)

- Hemograma completo
- Contagem de eritrócitos
- Contagem de reticulocitos
- Bilirrubinas
- LDH
- Doseamento do ferro sérico
- Doseamento da ferritina
- Pesquisa de células falciformes
- Electroforese da hemoglobina
- Teste de Coombs directo
- Estudo morfológico dos erritrócitos.

PERÍODO NEONATAL

A anemia diagnosticada ao nascimento ou durante a 1^a semana de vida é devida a:

- Perda sanguínea ainda intra-uterino, durante o parto ou nos primeiros dias de vida;
- Produção insuficiente (a eritroblastopenia congénita é pouco frequente);
- Destruição acentuada (hemólise de várias causas: incompatibilidade RH, ABO e grupos menores, infecção, coagulação intravascular disseminada, anemias hemolíticas - esferocitose, deficiência enzimática em G6PD e PK, hemoglobinopatias).

APÓS OS 6 MESES DE IDADE

A deficiência de ferro continua a ser a causa mais comum de anemia, nos menores de 5 anos em Cabo-Verde. Um protocolo para administração de ferro profi láctico (suplementação), nas crianças com menos de 2 anos, acompanhado de educação alimentar, é recomendado no programa de atenção à saúde da criança.

ANEMIA FERRIPRIVA

Anemia carencial, que atinge a maioria das crianças, especialmente na faixa etária

dos 6 aos 24 meses, segundo a OMS.

Diagnóstico

Verificar a história alimentar (uso de leite integral exclusivo), perdas sanguíneas, diarreias ou outras infecções e enteroparasitoses.

Na anemia ferripriva, quando possível, verificar a diminuição da hemoglobina corpuscular média (HCM= 27- 30pg) e do volume corpuscular médio (VCM= 80- 100fl) ou alterações morfológicas das hemácias (anisocitose, hipocromia ou microcitose).

CONDUTA CLÍNICA:

- Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e prolongado;
- Dieta rica em ferro (feijão congo, espinafres, ovos, carnes, fígado, alimentos enriquecidos com ferro) e vitamina C.
- Sais de ferro (Sulfato ou Gluconato ferroso) - 20 mg/kg/dia – 3 a 5mg de ferro elementar/dia, longe das refeições, durante um período de 3 meses. Manter o tratamento até 4 semanas após normalização da hemoglobina.
- Vitamina C - 5mg/kg/d;
- Hemotransfusão com concentrado de glóbulos, 5 a 10/ml/kg, só está indicada nos casos graves, com disfunção cardiocirculatória, ou quando há doenças associadas, como pneumonia grave, septicemia ou cardiopatias (sempre com consentimento livre e esclarecido).

PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE ANEMIA FERRIPRIVA

SUPLEMENTAÇÃO ÀS CRIANÇAS

A SUPLEMENTAÇÃO DEVE SER FEITA NAS SEGUINTE SITUAÇÕES

- Prematuros
- Baixo peso ao nascer (≤ 2500 g)
- Gêmeos
- Todas as crianças entre os 6 meses e os 5 anos.

Efeitos adversos:

Epigastria, alterações do trânsito gastrointestinal (vômitos, diarreia ou obstipação) e fezes de cor negra.

Posologia:

O ferro deve ser administrado antes das refeições.

A dose é calculada com base no ferro iónico - 1 a 2 mg/kg/dia.

A vitamina C - 1 gota /kg /dia.

Quando iniciar a suplementação?

a) Crianças de termo:

A partir dos 6 meses e até os 5 anos :

A partir do 6 ^o mês	50 dias
No reforço de tríplice e pólio	50 dias
Aos 24 meses	50 dias

b) Prematuros, baixo peso ao nascer e gémeos:

Na consulta efectuada para a 1^a dose de Tripla e polio, ou seja aos 2 meses:

Idade	Dose diária	Período	Vitamina C
45 dias	2,5 ml dexarope	Até completar os 6 meses	NºGotas = peso (kg)

ANEMIA FALCIFORME

Anemia hemolítica, de herança autosômica recessiva, caracterizada pela presença da hemoglobina S que, em situações de hipóxia (desencadeada por desidratação, infecção, ácidos, frio, esforço físico), altera a forma das hemácias (forma em foice) que, associada a alterações da microcirculação, contribui para a oclusão microvascular, com consequente isquemia de órgão, dor ou oclusão de grandes vasos. É a hemoglobinopatia mais comum entre nós.

Formas de apresentação clínica:

As manifestações clínicas, usualmente, só se fazem presentes após o 6º mês de vida, devido à protecção oferecida pela hemoglobina fetal.

Os sinais e sintomas são os comuns, decorrentes de:

- **Crises hemolíticas** → anemia, icterícia com predomínio de bilirrubina indirecta, esplenomegalia e aumento de reticulócitos.
- **Crises aplásticas** → agravamento da anemia, de instalação rápida e, reticulocitopenia, comuns a qualquer situação de hemolise crónica.
- **Crises vaso oclusivas ou algicas**, com fenómenos de isquémia tecidual, nas quais se podem descrever:
 - Síndrome da dor torácica aguda - pulmão drepano-cítico, devido a enfarto pulmonar
 - Crises vaso-oclusivas a nível do Sistema Nervoso Central
 - Crises esqueléticas; Manifestam-se por dores osteoarticulares e levantam, algumas vezes, problemas de diagnóstico diferencial com a osteomielite.
 - Crises dolorosas abdominais.
- **Crises de sequestro** → hipovolemia decorrente da acumulação de grande quantidade de sangue no baço.
- Infecções por *S. pneumoniae*, *H. influenza*, *Salmonella* → complicações frequentes, por falta de imunidade específica, devido a hipofunção esplênica.
- Litíase biliar, atraso puberal, priapismo e hemossiderose → em crianças sujeitas a regimes de alta transfusão.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve ser precoce, para diminuir a morbimortalidade. Baseia-se na história clínica, exame físico, prova de falciformação positiva;

Outros exames complementares (nas crises)

- Hemograma completo
- Contagem de reticulócitos

- Ferritina
- LDH
- Ureia/creatinina
- Urina tipo II
- Hemoculturas
- Serologia para VIH, hepatites B e C (que deve ser monitorizada em caso de transfusões)
- Rx do tórax
- Ecografia abdominal

CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO

- Algias/artralgias
- Dificuldade respiratória
- Sintomas neurológicos
- Febre
- Prostração
- Dor ou distensão abdominal
- Vômitos
- Hg < 5g/dl ou ↓ 2g/dl em relação ao valor habitual

TRATAMENTO HOSPITALAR

Não há tratamento específico, mas o manejo das crises deve ser feito, de acordo com a sua forma de apresentação:

- Hidratação
- Correção da acidose, se presente.
- Ácido acetil salicílico, 60-80 mg/kg/dia, 6/6h ou outros analgésicos (Paracetamol ou Tramadol)
- Hemotransfusão (sempre com consentimento livre e esclarecido);

- Antibioticoterapia se infecção associada.
- Desferoxamina (se ferritina >1000ng/dl) → 25mg/ kg/dia, em perfusão subcutânea durante 8h, à noite, 5 vezes por semana
- Ácido fólico 5mg/dia.

SEGUIMENTO AMBULATORIAL:

Um bom acompanhamento, com prevenção das complicações, aumenta a esperança de vida para mais de 40 anos.

Medidas profiláticas:

- Dieta rica em ácido fólico e pobre em ferro
- Ácido fólico (5mg/dia por tempo indeterminado)
- Na impossibilidade de vacinação contra H. influenza tipo B e S. pneumoniae , administrar penicilina benzatínica, a cada 21 dias (600.0000 UI se <25kg e 1.200.000 UI se >25 kg), a partir dos 3 meses de vida até, pelo menos, aos 5 anos de idade. Há pediatras que aconselham até a idade adulta.
- Vacinação contra Hepatite B, em crianças não imunizadas.
- Rastreio dos pais e irmãos.
- Educação para a saúde e planeamento familiar.

4. SIGLAS

OMS: Organização mundial de saúde

VGM: Volume globular médio

VCM : Volume corpuscular médio

5. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Orientação Diagnóstica em Pediatria- vol. 1, Coordenação de J.Martins Palminha e Eugenia Monteiro Carrilho - 2003, Pg 399 a 420

Hematologia e Oncologia Pediátrica - Raul Correia Ribeiro- 1989, Pg 11 a 34

Pautas de Serviço - Instituto Materno-Infantil de Pernambuco -1998, Pg 75,76

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
----------------	---------------	--------------------

Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data
--	--------------------	----------------------------------	--	--------------------

3.3.5. APRESENTAÇÃO DO QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA (POR ESPECIALIDADE) OBSERVADOS, EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA

Considerando as metas definidas em documento editalício previstas para consultas médicas ambulatoriais, internações por clínica e leitos críticos, propõe-se inicialmente a seguinte distribuição por grade agenda e ocupação ambulatorial, conforme tabelas a seguir:

Tabela 62 - Matriz - Grade Consultas Médicas Ambulatoriais - HECAD.

Consultório	Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Consultório 1	7h às 12h	Pneumologia	Cardiologia	Nutrologia	Dermatologia	Otorrinolaringologista
	14h às 19h	Alergia/Imunologia	Ortopedia e Traumatologia	Cirurgia Plástica – (CERFIS)	Genética	Gastroenterologista
Consultório 2	7h às 12h	Ginecologia (infanto-puberal)	Reumatologia	Homeopatia	Urologia	Neurocirurgia
	14h às 19h	Endocrinologia	Cirurgião Pediátrico	Infectologia	Oftalmologia	Psiquiatria
Consultório 3	7h às 12h	Nutrologia	Neurologia	Nefrologia	Hematologia	Oncologia Pediátrica
	14h às 19h	Cirurgia Plástica –(CERFIS)	Nutrologia	Dermatologia	Cardiologia	Pneumologia
Consultório 4	7h às 12h	Homeopatia	Cirurgia Plástica – (CERFIS)	Genética	Ortopedia e Traumatologia	Alergia/Imunologia
	14h às 19h	Infectologia	Homeopatia	Urologia	Reumatologia	Ginecologia (infanto-puberal)
Consultório 5	7h às 12h	Nefrologia	Infectologia	Oftalmologia	Cirurgião Pediátrico	Endocrinologia
	14h às 19h	Endocrinologia	Nefrologia	Hematologia	Neurologia	Pneumologia

Consultório 6	7h às 12h	Urologia	Ortopedia e Traumatologia	Cardiologia	Otorrinolaringologista	Alergia/Imunologia
	14h às 19h	Oftalmologia	Reumatologia	Neurologia	Gastroenterologista	Cardiologia
Consultório 7	7h às 12h	Hematologia	Cirurgião Pediátrico	Endocrinologia	Neurocirurgia	Endocrinologia
	14h às 19h	Cardiologia	Alergia/Imunologia	Pneumologia	Psiquiatria	Nutrologia
Consultório 8	7h às 12h	Cirurgião Pediátrico	Ginecologia (infanto-puberal)	Reumatologia	Oncologia Pediátrica	Urologia
	14h às 19h	Neurologia	Endocrinologia	Cirurgião Pediátrico	Pneumologia	Oftalmologia
Consultório 9	7h às 12h	Otorrinolaringologista	Pneumologia	Neurologia	Alergia/Imunologia	Hematologia
	14h às 19h	Gastroenterologista	Alergia/Imunologia	Otorrinolaringologista	Gastroenterologista	Cardiologia
Consultório 10	7h às 12h	Neurocirurgia	Cirurgião Pediátrico	Gastroenterologista	Endocrinologia	Neurologia
	14h às 19h	Psiquiatria	Endocrinologia	Neurocirurgia	Infectologia	Cirurgia Plástica – (CERFIS)

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Tabela 63 - Quadro de metas proposto para o ambulatório de especialidades médicas – HECAD.

Atividade em 12 meses	ESTIMATIVA MENSAL											
	1ºM	2ºM	3ºM	4ºM	5ºM	6ºM	7ºM	8ºM	9ºM	10ºM	11ºM	12ºM
Pneumologia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Alergia/Imunologia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Ginecologia (infanto-puberal)	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Endocrinologia	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
Cardiologia	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260
Ortopedia e Traumatologia ^e	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

Reumatologia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Cirurgião Pediátrico	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Neurologia	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Nutrologia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Cirurgia Plástica (CERFIS)	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Homeopatia	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Infectologia	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
Nefrologia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Dermatologia	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Genética	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Urologia	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
Oftalmologia	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
Hematologia	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Otorrinolaringol ogista	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Gastroenterolog ista	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Neurocirurgia	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Psiquiatria	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120
Oncologia Pediátrica	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Total/mês	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Tabela 64 - Quadro de metas proposto por Clínica de Internação HECAD.

Saídas Hospitalares por Clínica de Internação													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	Total
Clínica Cirúrgica Pediátrica	358	358	358	358	358	358	358	358	358	358	358	358	4.296
Clínica Cirúrgicas CERFIS	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	77	924
Clínica Pediátrica	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	258	3.096
Clínica Pediátrica Crônica	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	108
Total	702	702	702	702	702	702	702	702	702	702	702	702	8.424

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Tabela 65 - Quadro de metas proposto Leitos Internação em Terapia Intensiva HECAD.

Metas para Internação para Terapia Intensiva- 30 leitos													
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	Total
Unidade Terapia Intensiva	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	
Total	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	152	1.824

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

3.3.6. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL (POR ESPECIALIDADE) COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO

Tabela 66 - Quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional.

SETOR	CARGO	TURNO	CH SEMANAL	QUANTIDADE
Direção	Diretor (a) Geral de Unidade	Diarista	40h	1
	Diretor (a) Administrativo e Financeiro	Diarista	40h	1
	Diretor (a) Técnico (a)	Diarista	40h	1
Lideranças Multiprofissionais	Coordenador (a) do Núcleo Interno de Regulação	Diarista	40h	1
	Coordenador (a) Médico (a)	Diarista	20h	3
	Gerente de Enfermagem	Diarista	40h	1
	Gerente de Operações	Diarista	40h	1
	Gerente de Planejamento Orçamento e Custos	Diarista	40h	1
	Gerente de Recursos Humanos	Diarista	40h	1
	Gerente Médico (a)	Diarista	30h	1
	Gerente Multiprofissional	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) Administrativo (a)	Diarista	40h	2
	Supervisor (a) de Acolhimento	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Almojarifado	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Comunicação	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Enfermagem - Ambulatório	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Enfermagem - Internação	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Enfermagem - Procedimentos Cirúrgicos	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Enfermagem - Urgência e Emergência	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Enfermagem - UTI	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Ensino e Pesquisa	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Equipamentos e Engenharia Clínica	Diarista	40h	1	
Supervisor (a) de Farmácia	Diarista	40h	1	

Supervisor (a) de Formalização de Pessoal	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Governança	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Manutenção	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Nutrição e Dietética	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Odontologia	Diarista	20h	1
Supervisor (a) de Orçamentos e Custos	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Patrimônio	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Planejamento e Finanças	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Qualidade	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Recursos Humanos	Diarista	40h	1
Supervisor (a) de Tecnologia da Informação	Diarista	40h	1
Supervisor (a) do Núcleo Interno de Regulação	Diarista	40h	1
Supervisor (a) Multiprofissional	Diarista	40h	3
Supervisor (a) SADT	Diarista	40h	1
Almoxarife	Diarista	40h	8
Analista Administrativo I	Diarista	40h	5
Analista Administrativo II	Diarista	40h	4
Analista de Custos II	Diarista	40h	1
Analista de Gestão em Saúde II	Diarista	40h	1
Analista de Planejamento e Controle I	Diarista	40h	1
Analista de Planejamento e Controle II	Diarista	40h	1
Analista de Recursos Humanos I	Diarista	40h	3
Analista de Recursos Humanos II	Diarista	40h	2
Analista de Saúde II	Diarista	40h	17
Analista de T.I I	Diarista	40h	1
Analista de T.I II	Diarista	40h	1
Assistente Administrativo	Diarista	40h	27
Assistente da Qualidade	Diarista	40h	1
Assistente de Manutenção	Diarista	40h	1

	Assistente de Patrimônio	Diarista	40h	4
	Assistente de Recursos Humanos	Diarista	40h	5
	Assistente de Suporte - TI	Diarista	40h	2
	Assistente de Suporte - TI	Diurno	12h x 36h	4
	Assistente de Suporte - TI	Noturno	12h x 36h	4
	Atendente de Call Center	Diarista	30h	6
	Atendente de Hospitalidade	Diurno	12h x 36h	14
	Atendente de Hospitalidade	Noturno	12h x 36h	14
	Auxiliar Administrativo	Diarista	40h	2
	Comunicólogo (a) I	Diarista	40h	1
	Enfermeiro(a) do Trabalho	Diarista	40h	1
	Engenheiro(a) de Saúde e Segurança	Diarista	20h	1
	Faturista	Diarista	40h	8
	Maqueiro	Diurno	12h x 36h	12
	Maqueiro	Noturno	12h x 36h	24
	Médico (a) do Trabalho	Diarista	20h	1
	Ouvidor (a) I	Diarista	40h	1
	Secretária Geral	Diarista	40h	1
	Técnico (a) em Enfermagem do Trabalho	Diarista	40h	2
	Técnico (a) em Segurança do Trabalho	Diarista	40h	4
Ensino e Pesquisa	Analista de Gestão em Saúde II	Diarista	40h	1
	Auxiliar Administrativo	Diarista	40h	1
CCIH	Enfermeiro II	Diurno	12h x 36h	1
	Técnico de Enfermagem	Diarista	40h	2
NIR	Assistente administrativo	Diarista	40h	2
	Enfermeiro I	Noturno	12h x 36h	2
Epidemiologia	Enfermeiro I	Diarista	40h	10
	Técnico (a) de Enfermagem	Diarista	40h	1
Qualidade	Analista da Qualidade I	Diarista	40h	1

	Assistente de Qualidade	Diarista	40h	2
Farmácia	Auxiliar de Farmácia	Diarista	40h	5
	Farmacêutico I	Diarista	40h	1
Nutrição	Lactarista	Diarista	44h	4
	Nutricionista II	Diarista	30h	32
Equipe Multiprofissional	Assistente Social I	Diurno	30h	8
	Fisioterapeuta I	Diurno	30h	6
	Fisioterapeuta II	Noturno	30h	25
	Fonoaudiólogo(a) II	Diurno	30h	15
	Pedagogo(a) I	Diurno	12h x 36h	2
	Psicólogo (a) Hospitalar I	Diurno	30h	4
	Psicólogo (a) Hospitalar II	Diurno	30h	2
	Terapeuta Ocupacional I	Diurno	30h	12
CERFIS	Cirurgião (a) Dentista - Bucomaxilofacial	Diurno	20h	2
	Médico (a) Cirurgião (a) Plástico	Diurno	20h	2
	Técnico(a) em Saúde Bucal	Diurno	30h	4
Interação Clínica Pediátrica	Enfermeiro I	Diurno	12h x 36h	19
	Enfermeiro I	Noturno	12h x 36h	11
	Técnico(a) em Enfermagem	Diurno	12h x 36h	11
	Técnico(a) em Enfermagem	Noturno	12h x 36h	25
Interação Cirúrgica	Enfermeiro I	Diurno	12h x 36h	20
	Enfermeiro I	Noturno	12h x 36h	20
	Técnico(a) em Enfermagem	Diurno	12h x 36h	48
	Técnico(a) em Enfermagem	Noturno	12h x 36h	48
UTI Pediátrica	Enfermeiro II	Diurno	12h x 36h	7
	Enfermeiro II	Noturno	12h x 36h	7
	Técnico(a) em Enfermagem	Diurno	12h x 36h	37
	Técnico(a) em Enfermagem	Noturno	12h x 36h	37
Centro Cirúrgico	Enfermeiro I	Diurno	12h x 36h	4

	Enfermeiro I	Noturno	12h x 36h	4
	Técnico(a) em Enfermagem	Diurno	12h x 36h	14
	Técnico(a) em Enfermagem	Noturno	12h x 36h	14
	Instrumentador(a) Cirúrgico(a)	Diurno	44h	6
Urgência e Emergência	Enfermeiro II	Diurno	12h x 36h	11
	Enfermeiro II	Noturno	12h x 36h	11
	Técnico(a) em Enfermagem	Diurno	12h x 36h	22
	Técnico(a) em Enfermagem	Noturno	12h x 36h	22
	Técnico (a) em Gesso	Diurno	12h x 36h	2
	Técnico (a) em Gesso	Noturno	12h x 36h	2
CME	Enfermeiro I	Noturno	12h x 36h	4
	Enfermeiro I	Noturno	12h x 36h	2
	Técnico(a) em Enfermagem	Diurno	12h x 36h	8
	Técnico(a) em Enfermagem	Noturno	12h x 36h	2

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

3.3.7. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO E BLOCO CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA.

- **Internação, Enfermaria e UTI**

1. Conceito de Unidade de Internação

É um conjunto de elementos destinados à acomodação do paciente internado e que englobam facilidades adequadas à prestação de cuidados necessários a um bom atendimento. Tem como finalidade proporcionar ao paciente um ambiente propício para sua recuperação. Composto por cama com colchão, mesa de cabeceira, mesa de refeição, suporte de soro, régua de gases, escadinha e banheiro.

1.1 Responsáveis

- Supervisor de Enfermagem em Unidade de Internação Pediátrica.
- Enfermeiro assistencial.
- Técnico de Enfermagem.

1.2 Conceito de Terapia Intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva são classificadas conforme Portaria Nº 895, de 31 de março de 2017, que institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto - UTI, pediátrico, Unidade Coronariana UCO e cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. As instalações das UTIs devem atender na íntegra as exigências preconizadas pela RDC Nº7 de fevereiro de 2010.

Os serviços de Terapia Intensiva são áreas hospitalares destinadas a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles restritos. O tratamento intensivo baseia-se no conceito de que, embora haja uma multidão de doenças, o mecanismo de morte está sempre limitado a um número relativamente pequeno de fenômenos fisiológicos, passíveis de serem influenciados.

A Unidade de Terapia Intensiva não é apenas um serviço com equipamento especial: implica uma atitude particular da equipe que ali trabalha. Uma atitude orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas, em um contexto onde um relacionamento humano, que ofereça segurança e um efetivo apoio emocional, deve ser considerada como fator preponderante.

Adequadamente planejada, organizada e operada, a Unidade de Terapia Intensiva pode servir a uma variedade de propósitos importantes. Entre eles estão:

- Segurança de melhor qualidade de cuidado do paciente seriamente enfermo;
- Uso mais eficiente do pessoal de enfermagem e de terapêutica especial, de tempo e talento, por estarem concentrados numa área planejada funcionalmente, onde os pacientes necessitados de observação e cuidados especializados estejam agrupados;
- Uso mais econômico do pessoal e do equipamento, reunidos em uma área;

- Maior garantia para o médico de que seu paciente necessitado de cuidado intensivo esteja recebendo a observação e o tratamento requerido.

Portanto, conceituamos a Unidade de Terapia Intensiva como uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada, sob as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades.

1.3 Responsáveis

- Supervisor de enfermagem em Terapia Intensiva;
- Enfermeiro assistencial;
- Técnico de Enfermagem;
- Assistente Administrativo.

2. Rotinas Assistenciais

2.1 Solicitação de insumos e medicamentos

A solicitação de insumos é realizada por um Técnico de Enfermagem via sistema, que gera uma ordem de serviço de forma individualizada. A ordem de serviço é atendida pela farmácia. A solicitação de medicamentos, se dá por meio da prescrição médica via sistema.

Em situações emergenciais a solicitação é feita de forma verbal ao técnico e/ou enfermeiro que solicita na farmácia e logo em seguida formalizada através da prescrição médica.

2.2 Controle da temperatura da geladeira

É a checagem diária da temperatura da geladeira para guarda de medicamentos, a fim de garantir a eficácia dos medicamentos armazenados na geladeira. A checagem é realizada pelo Técnico de Enfermagem no início do plantão as 8 horas, 16 horas e as 24 horas, a temperatura interna da geladeira, que deve estar entre 2 e 8°C, o resultado é anotado em documento específico.

A limpeza da geladeira deve ser realizada quinzenalmente pelo serviço de higienização.

2.3 Controle da checagem do cardioversor e carro de emergência

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro assistencial do período diurno na internação e no período noturno na UTI, e posteriormente fixada no caderno de controle de testes do aparelho. Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por semana e após o rompimento do lacre. A conferência é feita por um Técnico de Enfermagem e por um técnico de farmácia e o registro da conferência é feito em documento específico. É realizada através da dupla checagem, o Técnico de Enfermagem realiza a conferência do carrinho e após, as gavetas são lacradas com o lacre vermelho.

Posteriormente o técnico de farmácia reconfere o carrinho, caso esteja tudo certo o mesmo lacra o carrinho com o lacre verde.

Salientamos que se realiza também a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio(cabo e lâmina), presença da tábua de massagem e presença do lacre.

2.4 Controle de psicotrópicos

O controle dos psicotrópicos dispensados aos pacientes internados é realizado por meio do envio, pela farmácia geral, de kit individual e devidamente identificado à unidade de internação. O Kit com o medicamento é entregue na sala de medicação da unidade no qual o enfermeiro registra a conferência e faz o recebimento por meio do sistema MV, armazena em local próprio e dispensa ao Técnico de Enfermagem na hora do preparo/administração. Toda checagem é feita em meio eletrônico.

2.5 Controle de materiais e equipamentos

O controle de materiais e equipamentos da unidade é realizado diariamente pelo Técnico de Enfermagem escalado para função através de uma planilha própria e semanalmente pela agente administrativa.

O controle dos materiais reprocessáveis é realizado diariamente respeitando os horários estabelecidos pela CME. O material sujo é organizado e acondicionado em carro próprio/exclusivo para o transporte e encaminhado ao expurgo do CME.

A solicitação de material limpo/estéril acontece em horários diferentes, evitando assim uma possível contaminação cruzada. O colaborador da Unidade mantém no setor as quantidades de materiais e equipamentos já definidas diante da demanda e

o CME é informado de cada quantitativo, assim, o colaborador só retira aquele quantitativo que fez a entrega para processamento.

2.6 Reserva de leito de UTI para cirurgia eletiva ou agravo do paciente internado.

A reserva de vaga de UTI é realizada mediante solicitação do NIR, por meio do sistema de gerenciamento de leitos.

2.7 Realização de curativos

Os curativos são realizados somente pelo enfermeiro assistencial conforme plano terapêutico para tratamento de feridas, escala de divisão de tarefas e prescrição de enfermagem. Os mesmos serão realizados após o banho e quando necessário, tendo como horários preferências para realização o período matutino.

2.8 Realização de cuidados e procedimentos de enfermagem

A realização de cuidados e procedimentos de enfermagem são realizados tendo como referência os Protocolos Institucionais da Gerência de Enfermagem e Supervisão de Enfermagem de cada unidade. Os protocolos são acessíveis a todos os colaboradores através da intranet/ Interact da instituição.

O Enfermeiro assistencial fica responsável por distribuir os técnicos de enfermagem dentro da escala diária, onde cada técnico saberá quais os pacientes ficaram sob sua responsabilidade no período.

Cabe ao enfermeiro assistencial orientar o Técnico de Enfermagem por qual paciente o mesmo deverá iniciar seus cuidados, sendo que, salvo intercorrências, os cuidados serão iniciados pelos pacientes com alta programada, otimizando assim o giro de leitos.

Os cuidados são integrais, ou seja, cada técnico fica responsável integralmente pelos cuidados dispensados ao paciente (banho, medicações, sinais vitais, evolução e outros). Dependendo do quadro clínico do paciente, outro Técnico de Enfermagem poderá auxiliar na prestação do cuidado priorizando a segurança do paciente.

2.9 Registro em prontuário

Diariamente é realizada a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) no sistema MVPEP pelo enfermeiro assistencial, no qual são registrados todos os dados referentes ao histórico do paciente, exame físico, diagnóstico de enfermagem

e prescrição de enfermagem.

Diariamente o enfermeiro assistencial e o Técnico de Enfermagem fazem o registro da evolução. Além da evolução diária, são registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do dia.


2.10 Rotina de indicadores de processos

O indicador de processo do cuidado foca na natureza e na qualidade de cuidados de enfermagem providos durante o tempo de permanência no hospital. Serão selecionados indicadores de processo e qualidade para cada área de assistência hospitalar. Exemplo: Incidência de Flebite, Incidência de Lesão por Pressão, Incidência de queda, dentre outros. Os mesmos devem ser preenchidos com o quantitativo de acordo com ao final do plantão, sendo este realizado pelo enfermeiro.

Caso o indicador esteja desfavorável, justificar a causa com data, nome do paciente e fator.

3. Protocolos Assistenciais de Enfermagem na Internação/Enfermaria e UTI

3.1. Admissão do Paciente

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/Enfermaria	Identificação: 000
Assunto: Admissão do Paciente na Internação Pediátrica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A admissão consiste na entrada do paciente no serviço de saúde para a ocupação de um leito com a finalidade de tratamento clínico, cirúrgico e/ou realização de procedimentos especiais e familiar/acompanhante na unidade de internação hospitalar por determinado período.

2. OBJETIVO

Acolher a criança ou adolescente e acompanhante de forma humanizada, estando ele

devidamente identificado, seguro, confortável e orientado para a compreensão e adaptação às limitações impostas pela internação, padronizando assim, a admissão do paciente.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes e acompanhantes

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar a lavagem das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Conferir o leito que o paciente será admitido e anotar em ficha de controle.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Receber o paciente e acompanhante de forma acolhedora e empática. Receber a passagem do quadro clínico do paciente do profissional da unidade de origem.	Enfermeiro
4	Recepcionar o paciente e seu acompanhante, agradavelmente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Conferir identificação do paciente de acordo com protocolo de identificação, perguntar nome completo, data de nascimento e número do prontuário, conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Explicar ao paciente e acompanhante quanto as normas e rotinas do hospital.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Orientar o acompanhante sobre o fluxo de pertences. De forma que seja entendido pelo acompanhante sobre o local destinado a guardar os pertences como exemplo: malas ou bolsas grandes.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

9	Comunicar o médico a chegada do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Verificar SSVV: temperatura, pressão arterial, pulso e respiração e monitora-lo quando necessário.	Técnico de Enfermagem
11	Informar ao serviço de nutrição a admissão do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Registrar em prontuário a admissão do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Realizar a SAE.	Enfermeiro
14	Realizar registro do paciente como admissão, informando se foi admitido com LPP, flebite ou algum tipo de evento adverso, para posteriormente realizar o preenchimento da ficha de registro de indicadores de qualidade disponível no setor.	Enfermeiro
15	Realizar a prescrição de enfermagem.	Enfermeiro
16	Realizar a prescrição médica.	Médico
17	Verificar pedidos de exames e conferir se existem pendências na prescrição.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Destacar no leito, em prontuário e orientar a equipe caso paciente seja alérgico a algum produto ou medicamento.	Enfermeiro

6. SIGLAS

SSVV – Sinais Vitais

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

LPP – Lesão por Pressão

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

RESOLUÇÃO COFEN-293/2004

RESOLUÇÃO RDC N° 36/ 2013

CFM, 2003, resolução n° 1.638/2002, art.1º;


FERNANDES, A. M. O. Manual de Norma e Rotinas Hospitalares. AB Editora, Ed. 2006.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.2 Admissão do paciente na UTI

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: UTI	Identificação: 000
Assunto: Admissão do paciente na UTI	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A admissão consiste na entrada do paciente no serviço de saúde para a ocupação de um leito com a finalidade de tratamento clínico, cirúrgico e/ou realização de procedimentos especiais e familiar/acompanhante na unidade de internação hospitalar por determinado período.

2. OBJETIVO

Acolher o paciente e acompanhante, no leito devidamente identificado, seguro, confortável, padronizando assim, a sequência de condutas durante admissão do paciente na UTI.

3. PÚBLICO-ALVO

Paciente regulados para leito de UTI.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar a lavagem das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Conferir e identificar o leito que o paciente será admitido.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Receber o paciente do profissional da unidade de origem que irá repassar o caso clínico.	Enfermeiro
4	Recepcionar o paciente, agradavelmente, apresentando-lhe o leito, caso esteja consciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Conferir identificação do paciente de acordo com protocolo de identificação, se consciente, perguntar nome completo, data de nascimento e número do prontuário, conferir os dados com a pulseira, prontuário e identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Explicar ao paciente e/ou acompanhante quanto as normas e rotinas do hospital.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Recolher seus pertences, se houver, protocolar e entregar ao familiar. Caso o paciente não tenha acompanhante ou familiar, identificar os pertences, protocolar e solicitar retirada pela central de pertences.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar a monitorização, avaliar SSVV, conferir se o paciente possui dispositivos invasivos e, se os mesmos estão devidamente identificados.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Realizar a troca de sondas e curativos dos pacientes oriundos de outras instituições.	Enfermeiro
10	Se atentar para a fixação dos cateteres, evitando a perda do CVC acidentalmente devido à falta de fixação ou por estarem mal fixados.	Enfermeiro

11	Verificar prescrição após solicitação pela equipe médica dos exames de admissão, conforme padronizado pela instituição e necessidade do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Coletar Swabs e culturas conforme prescrição médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Solicitar serviços de laboratório e radiologia.	Enfermeiro
14	Aplicar escala de braden na admissão, identificando risco de desenvolvimento de LPP.	Enfermeiro
15	Realizar anamnese, SAE, avaliação de risco e plano de cuidados.	Enfermeiro
16	Destacar no leito, em prontuário e orientar equipe caso paciente seja alérgico à algum produto ou medicamento.	Enfermeiro
17	Realizar prescrição e registrar em prontuário a admissão do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Informar ao serviço de nutrição a admissão do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Orientar o acompanhante sobre as normas e rotinas do setor.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

SSVV – Sinais Vitais

CVC - Cateter Venoso Central

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

LPP – Lesão por pressão

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ANVISA, PORTARIA Nº 2. 616, DE 12 DE MAIO DE 1998, DISPONÍVEL EM http://www.cvs.saude.sp.gov.br/legis.asp?te_codigo=6&as_codigo=47&origem=gt.

RESOLUÇÃO COFEN-293/2004 http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html


RESOLUÇÃO RDC N° 36, de 25 de Julho de 2013

8.ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.3 Protocolo de identificação do paciente

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de identificação do paciente	Versão: 00
	Folha N°: 1/5

1. INTRODUÇÃO

O processo de identificação do paciente é destinado a algum tipo de procedimento ou tratamento, realizando uma identificação segura, em conformidade com a legislação vigente e tornando a assistência com menor risco de erros decorrentes da identificação e registros.

2. OBJETIVO

Padronizar a identificação do paciente no HECAD, conforme protocolo de identificação dos pacientes, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes/eventos adversos. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados pediátricos.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Atendente de Hospitalidade; Assistente Social; Equipe Multiprofissional; Equipe Médica

5.. ROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar check-in da internação, confeccionar a pulseira de identificação padronizada com os quatro descritores do paciente (nome completo, nome da mãe, data de nascimento e número prontuário) na admissão.	Atendente de hospitalidade
2	Colocar a pulseira de identificação no paciente, preferencialmente no punho do membro superior esquerdo, explicar ao paciente e acompanhante a importância da mesma, esclarecendo que caso haja algum dano a pulseira deve-se falar com a equipe de enfermagem para que seja providenciada uma nova pulseira. Obs.: Caso haja algum comprometimento no membro superior esquerdo que impossibilite e/ou contra indique a instalação da pulseira, deverá seguir a seguinte ordem de preferência: membro superior esquerdo (punho), membro superior direito (punho), membro inferior esquerdo (tornozelo) e membro inferior direito (tornozelo).	Atendente de hospitalidade
3	Em caso de transferência interna deste paciente (Centro cirúrgico, UTI, Exame): Disponibilizar o documento de identificação e anexar na cama/maca em local visível.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Encaminhar o paciente ao setor de internação pediátrica, UTI pediátrica ou Centro Cirúrgico devidamente identificado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Confirmar a identificação do paciente antes da realização de qualquer cuidado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem / Equipe Multiprofissional/ Equipe Médica
6	Conferir e perguntar ao paciente e acompanhante, o nome completo, nome da mãe, data de nascimento (dia, mês e ano) e número do prontuário, conferir com as informações contidas na pulseira.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem / Equipe Multiprofissional/ Equipe Médica

7	Confirmar se a identificação da pulseira é a mesma da identificação do leito do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem / Equipe Multiprofissional/ Equipe Médica
8	Providenciar uma nova pulseira assim que identificar que a mesma se encontra comprometida e/ou danificada.	Recepcionista / Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Realizar o check-out – retirada da pulseira, mediante checagem do documento de liberação de alta.	Atendente de hospitalidade
Paciente sem identificação		
1	Paciente sem documentação (RG, CPF, CNH ou carteira de trabalho), realizar a pulseira como NÃO ID, até que se tenha em mãos toda documentação que comprove a identidade. Sinalizar assim a assistente social para agilidade da identificação junto ao responsável pela criança.	Atendente de hospitalidade / Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Identificar o paciente por suas características físicas mais relevantes, incluindo sexo, raça e número de prontuário.	Atendente de hospitalidade / Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Comunicar o Serviço Social	Atendente de hospitalidade / Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Caso ausência de documentação: Realizar busca ativa -Em caso de não localização/confirmação da identificação do paciente emitir ofício para polícia técnico científica, para identificação do paciente.	Assistente Social
5	Realizar foto e solicitar anexo ao prontuário.	Enfermeiro/ Atendente de hospitalidade
Identificação na Emergência		
1	Realizar identificação do paciente conforme Protocolo De Acolhimento Com Classificação De Risco, obedecendo as cores.	Enfermeiro
2	Realizar check-in da internação, confeccionar a pulseira de identificação padronizada com os quatro descritores do paciente - nome completo, nome da mãe, data de nascimento e número prontuário.	Atendente de hospitalidade

3	Colocar a pulseira de identificação no paciente, preferencialmente no punho do membro superior esquerdo, explicar ao paciente/cuidador a importância da mesma, esclarecendo que caso haja algum dano a pulseira deve-se falar com a equipe de enfermagem para que seja providenciada uma nova pulseira. Obs.: Caso haja algum comprometimento no membro superior esquerdo que impossibilite e/ou contra indique a instalação da pulseira, deverá seguir a seguinte ordem de preferência: membro superior esquerdo (punho), membro superior direito (punho), membro inferior esquerdo (tornozelo) e membro inferior direito (tornozelo).	Atendente de hospitalidade / Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Confirmar a identificação do paciente antes da realização de qualquer cuidado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/ Equipe médica/ Equipe multiprofissional
5	Perguntar ao paciente e acompanhante o nome completo, nome da mãe, data de nascimento (dia, mês e ano) e, conferir as informações contidas na pulseira.	Atendente de hospitalidade / Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
Identificação no Ambulatório		
1	Realizar check in da internação, confeccionar a pulseira de identificação padronizada com os quatro descritores do paciente (nome completo, nome da mãe, data de nascimento e número prontuário) na admissão.	Atendente de hospitalidade
2	Colocar a pulseira de identificação no paciente, preferencialmente no punho do membro superior esquerdo, explicar ao paciente/cuidador a importância da mesma, esclarecendo que caso haja algum dano a pulseira deve-se falar com a equipe de enfermagem para que seja providenciada uma nova pulseira.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Confeccionar a etiqueta (nome completo, nome da mãe, data de nascimento e número prontuário) para pacientes que vão realizar exame.	Atendente de hospitalidade

6. SIGLAS

Não se aplica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Portaria nº 2.095, aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente Anexo 02: Protocolo de Identificação do Paciente 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxx x Data

3.4. Passagem de plantão

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI//Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Passagem de Plantão	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A passagem de plantão constitui uma importante ferramenta para promover a continuidade do plano de cuidados ao paciente, tem finalidade de comunicar as informações de forma objetiva e clara em relação às intercorrências durante um período de trabalho, envolve o cuidado direto e/ou indireto aos pacientes.

Trata-se de uma técnica utilizada para a comunicação de informação crítica permitindo compartilhar informações do paciente de forma concisa. É um modelo estruturado e particularmente útil para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre alterações e condição clínica do paciente e/ou a deterioração dos sinais clínicos com linguagem crítica.

É uma ferramenta de comunicação, dando início a uma estratégia de segurança do paciente com o intuito de melhorar a comunicação da equipe. Visa a evitar falhas na comunicação verbal e escrita, criando um modelo mental compartilhado em torno de todo o quadro clínico do paciente e situações que requerem avaliação rápida ou troca de informação crítica.

S – SITUAÇÃO: O que está acontecendo com o paciente? Identifique-se / Identifique a unidade do paciente / Explique resumidamente o problema / Qual é, quando aconteceu ou iniciou e qual a sua gravidade / Determine a causa da sua preocupação.

B – BACKGROUND/HISTÓRIA PRÉVIA: Qual é o contexto e histórico clínico? Forneça informações pertinentes dos antecedentes relacionados com a situação que podem incluir: diagnóstico de internação, data de admissão, lista das medicações em uso, alergias, sinais vitais mais recentes, data e hora em que foi realizado qualquer exame laboratorial e os resultados dos exames anteriores para comparação, resumo do tratamento até o momento.

A – AVALIAÇÃO: O que mudou? Diga o que você considera que seja o problema: mudanças que ocorrem em relação à avaliação anterior, a condição do paciente instável ou se agravando.

R – RECOMENDAÇÃO: O que eu faria para corrigi-lo? Diga qual a sua recomendação ou solicitação: tratamentos específicos, exames necessários, o paciente precisa ser avaliado agora?

A proposta desta ferramenta é realizar uma comunicação breve e concisa com informações de importância crítica transmitidas em uma estrutura previsível. A estrutura SBAR ajuda a desenvolver as habilidades de pensamento crítico. Lembrando que essa ferramenta será realizada para Passagem de plantão presencial a cada troca de turno para todas as categorias profissionais com preenchimento obrigatório de, pelo menos, as informações do instrumento conforme registro específico.

2. OBJETIVO

Assegurar a continuidade da assistência de enfermagem e o fluxo de informações entre as equipes de Enfermagem nos diferentes turnos que se sucedem no período de 24 horas.

3. PÚBLICO-ALVO

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	As equipes deverão reunir-se no posto de enfermagem para iniciar a passagem de plantão às 7h e 19h.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	A equipe que inicia o plantão deverá estar uniformizada, pontualmente reunida com a equipe que encerra o mesmo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	O tempo dessa atividade não deve ultrapassar 15 minutos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	As pessoas devem estar atentas e concentradas, evitando conversas paralelas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	De posse da caneta e do impresso próprio - SBAR, o enfermeiro que assumirá o plantão, registrará as informações transmitidas pela equipe de enfermagem. O SBAR também deve ser registrado no prontuário eletrônico.	Enfermeiro
6	As informações devem ser transmitidas de forma objetiva, clara e precisa, na forma escrita e verbal.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Ao se referir ao paciente, identificá-lo adequadamente (nome, leito, diagnóstico, clínica).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Passar primeiro os pacientes mais graves e complexos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Registrar a evolução do estado de saúde de forma objetiva: melhora, piora ou estabilidade de acordo com o diagnóstico e/ou tratamento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Especificar cuidados de maior relevância e realçar as pendências.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Relatar as intercorrências, atitudes tomadas e o resultado obtido.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

12	Informar através da ficha de controle de tempos os leitos vagos – limpo ou sujo, se solicitado, se reservado – para quem e/ou até quando.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Informar isolamentos e tipos de precauções.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Verificar medicações pendentes, justificar as sobras e devoluções.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Ao final do plantão o impresso deverá ser arquivado conforme rotina do setor.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

SBAR – Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


- Resolução COFEN-293/2004 http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
- RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 048/CT/2019
- RESOLUÇÃO RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.5 Protocolo de Acesso Venoso Central

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Acesso Venoso Central	Versão: 00
	Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

O acesso venoso central é obtido pela inserção de um dispositivo intravascular em veias profundas (subclávia, jugular, femoral) em pacientes com limitações de acesso venoso periférico, ou ainda, quando se faz necessário infusões específicas com finalidade terapêutica (nutrição parenteral, drogas vasoativas, entre outras). O estabelecimento de critérios para a implantação, a manutenção e a remoção do CVC são importantes para prevenir eventos adversos à saúde do paciente, dentre os quais, destaca-se as infecções de corrente sanguínea.

2. OBJETIVO

Padronizar as condutas para implantação, manutenção e remoção do CVC, regulamentando as responsabilidades da equipe multiprofissional, garantindo a segurança do profissional, do paciente envolvido, obtendo a prevenção de agravo e a redução dos riscos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados com indicação de obtenção do acesso venoso central.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Prescrever o procedimento.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

2	Solicitar material para farmácia.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
3	<p>Organizar materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesa auxiliar; • Bandeja para punção venosa central; • Kit com cateter venoso central; • Suporte do soro; • Soluções antissépticas; • Campo fenestrado; • Campo estéril médio ou grande (de modo que cubra todo o paciente); • Gazes estéreis; • SF0,9% 100ml; (250mL ou 500mL – ACM) • Fio de sutura: nylon 2,0 ou 3,0; • Anestésico local de 2% sem vasoconstritor; • SF0,9% na cuba redonda pequena, somente para punção de Cateter de Hemodiálise ou ACM; • Heparina (somente para punção de Cateter de Hemodiálise) • Curativo estéril. 	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
4	<p>Paramentar com os seguintes EPIs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máscara N95; • Luvas de procedimento; • Luva estéril; • Touca; • Capote estéril; <p>Óculos de proteção.</p>	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
5	Providenciar check list para inserção de Cateter Vascular Central, e preenchê-lo corretamente acompanhando todas as etapas do procedimento.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
6	Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional.	Enfermeiro / Médico

7	Reunir o material e levá-lo à beira leito dispondo-o sobre a mesa auxiliar.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
8	Conferir identificação do paciente, conforme protocolo de identificação. Comunicar e orientar o procedimento a ser realizado ao paciente (se paciente consciente) e/ou acompanhante.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
9	Manter a infusão de dieta, conforme prescrição da nutrição.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
10	Posicionar o paciente em decúbito dorsal e abaixar a cabeceira da cama a zero grau, salvo contra-indicações.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
11	Realizar a degermação prévia à antissepsia da pele se sujidade visível.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
12	Utilizar os EPIs: capote estéril, gorro, óculos, máscara, luva estéril.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
13	Disponibilizar material de punção central e bandeja.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
14	Abrir todo o material na técnica asséptica, sobre a mesa auxiliar (incluindo o cateter e o equipo), mantendo-os estéreis.	Médico
15	Realizar higienização das mãos com clorexidina degermante e enxugar as mãos em compressa estéril.	Médico
16	Realizar o preparo da pele com clorexidina alcoólica com tempo de aplicação de 30 segundos e deve ser realizada em movimentos de vai e vem. Aguardar a secagem espontânea do antisséptico.	Médico
17	Fazer anestesia no local da punção.	Médico
18	Puncionar acesso venoso central segundo técnica asséptica, utilizando campos cirúrgicos amplos.	Médico

19	Fixar da melhor maneira possível os acessos venosos centrais, utilizando o fixador disponível e dar pontos nos quatro furos, evitar fixações tipo “borboleta”.	Médico / Enfermeiro
20	Realizar higienização do local da punção, bem como as áreas adjacentes, retirando todo excesso de sangue e realizar curativo oclusivo com gaze e curativo transparente e identificar com etiqueta própria.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
21	Organizar o ambiente, separar materiais perfurocortantes desprezando em local adequado, e encaminhar material ao expurgo.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
22	Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem.	Médico
23	Solicitar RX de tórax controle (exceto em punções em femoral).	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
24	Comunicar à radiologia a solicitação de exames.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
25	Registrar em prontuário o procedimento realizado ou qualquer outra intercorrência.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
26	Caso haja algum incidente envolvendo o paciente deve prestar os cuidados necessários, registrar em prontuário e preencher o formulário de Oportunidade de Melhoria.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
27	Realizar a higienização das mãos, após o procedimento, conforme protocolo e retirar EPIs.	Enfermeiro
28	Retirar CVC imediatamente, quando não mais fizer necessário.	Enfermeiro

6. SIGLAS

SF0,9% - Soro Fisiológico 0,9%;

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual;

RX – Raio-X;

CVC – Cateter Venoso Central.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Resolução COFEN-293/2004 http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html

RESOLUÇÃO RDC N° 36, de 25 de Julho de 2013


BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.6 Protocolo de administração de medicamento endotraqueal

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: UTI/Emergência		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento endotraqueal		Versão: 00
		Folha N°: 1/5

1. INTRODUÇÃO

As drogas fornecidas pela via endotraqueal têm ação mais duradouras do que na administração IV, pois a absorção é sustentada nos alvéolos em um fenômeno conhecido como efeito de deposição e é utilizado em casos de emergência. Sendo assim, é necessário o conhecimento prévio da referida via medicamentosa para que não ocorram eventos adversos.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração de medicamento por via endotraqueal, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes internados em uso de tubo endotraqueal.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar todo material. <ul style="list-style-type: none"> • Terapia medicamentosa prescrita; • Estetoscópio; • Ambu (reanimador manual); • Água destilada ou SF0,9%; • Seringa de 3 E 5 ml; • Bandeja ou cuba rim. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, via de administração, dosagem e horário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, nome completo, data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Certificar-se de que a cabeça do paciente esteja no mesmo nível ou discretamente mais alto que o tronco.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6	Reunir EPIs: máscara, gorro, óculos e luva de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data e validade.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar paramentação adequada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Confirmar posicionamento do tubo com estetoscópio e ambu.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Calcular a dose da medicação. As diretrizes para suporte avançado à vida em cardiologia para adultos recomendam que os medicamentos sejam administrados em dose 2 a 2 ^{1/2} vezes maior do que a dose IV recomendada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Aspirar a medicação com a seringa.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Diluir a medicação em 10 ml de água destilada ou SF0,9%. A diluição aumenta o volume do medicamento e o seu contato com o tecido pulmonar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Retirar a agulha da seringa e introduzir a ponta da seringa no TOT e injetar o medicamento para o interior do tubo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Recolocar o ambu e ventilar o paciente após haver injetado o medicamento. Este procedimento espalha a medicação nos pulmões, oxigena e limpa o tubo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Realizar a conexão do TOT no ventilador mecânico.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Descartar material utilizado em recipiente apropriado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Retirar e descartar as luvas.	Enfermeiro/

		Técnico de Enfermagem
18	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Checar administração da medicação e registrar em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Notificar NQSP, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano ao paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual

TOT – Tubo Orotraqueal

SF - Soro Fisiológico

IV – Intravenosa

NQSP – Núcleo de segurança do paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Walfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem 2009/2010;

AME-Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009;

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008;


SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P. Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. ed.1. São Paulo: Martinari, 2008.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.7 Protocolo de administração de medicamento por via intradérmica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via intradérmica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A via intradérmica é uma via usada para pequenos volumes, de absorção lenta. A medicação é administrada diretamente na derme, por meio de punção.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referente a administração de medicamento por via intradérmica, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada, através de pequenos volumes nas camadas mais externas da pele. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.


3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes hospitalizados, que necessitam de administração pela via intradérmica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar todo material. <ul style="list-style-type: none"> • Terapia medicamentosa prescrita; • Seringa de 1cc; • Agulha de insulina (13x4,5); • Álcool a 70%; • Bandeja ou cuba-rim; • Bola de algodão. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Confirmar prescrição médica confirmando via de administração, dosagem e horário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Reunir os EPIs: máscara, óculos e luva de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data, validade e via de administração.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Levar o medicamento até o leito do paciente em bandeja ou cuba-rim.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Calçar as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Verificar se o nome do paciente e data de nascimento confere com a prescrição, esclarecendo-o acerca da medicação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Escolher o local para aplicação do medicamento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Realizar a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Esticar a pele com a mão não dominante, usando o indicador e o polegar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Introduzir a agulha paralelamente a pele, com o bisel voltado para cima (angulação de 15°). 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Injetar o líquido, empurrando lentamente o embolo com a mão dominante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Segurar a pele com o algodão ao terminar a aplicação. Não massagear ao retirar a agulha.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

15	Observar reação local: forma de pápula (elevação da pele).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Descartar material utilizado em recipiente apropriado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Retirar e descartar as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Checar administração da medicação e registrar em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Notificar NQSP, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano ao paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual

NQSP – Núcleo de segurança do paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB,2009;

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Wlfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem2009/2010;

AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB,2009;

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008;

SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P Calculo de administração de medicamento em enfermagem. ed.1. São Paulo: Martinari,2008.


8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx	Nome de quem revisou o documento	xx/xx/xxxx

Data		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	Data
------	--	--	------

3.8 Protocolo de administração de medicamento por via intramuscular

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via intramuscular	Versão: 00
	Folha Nº: 1/7

1. INTRODUÇÃO

A via intramuscular é uma via usada para pequenos volumes, de absorção lenta. A medicação é administrada no tecido muscular, por meio de punção.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referente a administração de medicamento por via intramuscular, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada, através de pequenos volumes na camada muscular. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados, que necessitam de administração pela via IM.

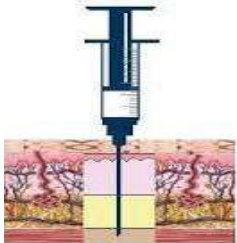
4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTOS

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar todo material.	Enfermeiro/

	<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja ou cuba rim; • Rótulo de identificação; • Seringa, conforme volume a ser injetado; • Agulha (13x4,5 ou 20x5,5 ou 25x7 ou 25x8); • Algodão; • Álcool 70%; • Luva de procedimento; • Medicação prescrita. 	Técnico de Enfermagem
2	Ler e confirmar a prescrição.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar o nome completo, data de nascimento e o número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Separar medicação prescrita, verificando a validade e via de administração.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Preparar medicação e colar a etiqueta de identificação do medicamento na seringa.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Confirmar a identificação do paciente e orientá-lo quanto ao procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Checar condições do músculo escolhido.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Calçar luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

11	Observar e retirar o ar da seringa antes da aplicação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Fazer antissepsia da pele com álcool 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar da mão dominante para segurar o corpo da seringa. Fazer uma prega no local selecionado para aplicação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Introduzir a agulha em ângulo de 90° em relação ao músculo. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Retirar a seringa/agulha com um único movimento e ativando o dispositivo de segurança após a retirada. Comprimir levemente o local com algodão, observando a presença de edema, hematoma ou sangramento local.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Deixar a unidade organizada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Assegurar-se que o paciente esteja confortável e seguro no leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Desprezar o material perfuro cortante em recipiente apropriado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
21	Retirar luvas.	Enfermeiro/

		Técnico de Enfermagem
22	Realizar a lavagem das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
23	Checar o procedimento na prescrição e fazer anotação de enfermagem em caso de intercorrência.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
24	Notificar através do formulário de Oportunidade de Melhoria - NQSP, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

5.1 ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO:

- A técnica em Z para a administração de medicamentos consiste em esticar a pele para baixo ou para o lado de onde vai ser aplicado a injeção. Após a retirada da agulha, a pele volta para a posição inicial, cobrindo o orifício de entrada da agulha, impedindo a saída do líquido injetado.
- Administrar o medicamento lentamente (1mL a cada 10 segundos).

5.1.1 Dorsoglútea:

Em diversas partes do mundo, esta região não é mais recomendada para injeção IM, devido ao alto risco de lesão neural e punção arterial.

- Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento;
- A posição de pé é contra indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento;
- Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz de imaginária, a partir da espinha íliaca póstero-superior até trocânter do fêmur;
- Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária;
- Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular; crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

5.1.2 Ventroglútea:

Esta área é considerada a mais segura para administração de injeção IM, devendo ser o primeiro local de escolha para pacientes com 3 anos de idade ou mais.

- Paciente pode estar sentado lateral, ventral ou dorsal;
- Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Localizar, com a falange distal do dedo indicador, a espinha ilíaca ântero-superior direita;
- Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
- Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo;
- Administrar o medicamento no centro do triângulo;
- Indicada para qualquer idade.

5.1.3 Vasto lateral da coxa:

É o primeiro local de escolha para lactentes, podendo também ser usado em adultos saudáveis.

- Colocar o paciente dorsal, lateral ou sentado;
- Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura;
- Indicado para qualquer idade.

5.1.4 Deltoide:

Nunca será o sítio de primeira escolha para injeção IM, devido ao alto risco de lesão neural. Faz-se exceção para a administração de vacinas e para pacientes com paraplegia. Levar sempre em consideração a massa muscular do paciente e a viscosidade/irritabilidade da droga. Contraindicação: mastectomia ou fístula arteriovenosa

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral;

- Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio;
- Traçar um triângulo imaginário com bisel voltada para cima e administrar medicação no centro do triângulo imaginário.

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual

NQSP – Núcleo de segurança do paciente

IM – Intramuscular

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008;

https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/pt_clinica5.pdf

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Administração de medicamentos por via intramuscular, 2010.

9. ANEXOS

ANEXO I – volume a ser infundido e tamanho da agulha

Seleção do local de aplicação de IM e volume máximo a ser administrado, segundo faixa etária.

IDADE	DELTOÍDE	VENTRO-GLÚTEO	DORSO-GLÚTEO	VASTO LATERAL
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Fontes: Malkin B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? Nursing times 2008;105(50/51):48-51.¹

Bork AMT. Enfermagem baseada em evidências – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.⁴


Seleção do local de aplicação de IM e calibre da agulha, segundo características do paciente.

Calibre da agulha	Local	Características do paciente
30 x 7mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ventroglúteo ▪ Dorsoglúteo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes adultos. ▪ Homens com peso corpóreo entre 60 e 118 Kg. ▪ Mulheres entre 60 e 90 Kg.
25 x 7mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deltóide ▪ Vasto lateral da coxa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes adultos. ▪ Mulheres com peso superior a 90 Kg, indicam-se agulhas com pelo menos 3,8 cm de comprimento
25 x 6mm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vasto lateral da coxa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crianças - a avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão

Fonte: Adaptado: Bork, A M T. Enfermagem baseada em evidências – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.⁴

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
<p>Nome de quem elaborou o documento na versão original</p> <p>xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Nome de quem autorizou</p> <p>Gestor(es) do(s) processo(s)</p> <p>xx/x x/xx xx Data</p>

3.9 Protocolo de administração de medicamento por via retal

<p>Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p><u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>	
<p>Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico</p>	<p>Identificação: 000</p>
<p>Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via retal</p>	<p>Versão: 00</p>
	<p>Folha Nº: 1/6</p>

1. INTRODUÇÃO

A via retal é uma via utilizada com o objetivo de rápida absorção, aliviar constipação e preparo para cirurgia. A medicação é administrada na mucosa retal através do orifício anal.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referente a administração de medicamento por via retal, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes hospitalizados , que necessitam de administração pela via retal.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro;Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar todo material. <ul style="list-style-type: none"> • Medicação prescrita; • Gazes; • Luvas de Procedimento; • Lubrificante hidrossolúvel. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, via de administração, dosagem e horário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Reunir os EPIs: máscara, gorro, óculos, capote e luva de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data e validade.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Posicionar biombo para preservar o paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

8	Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Realizar paramentação adequada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado em direção ao peito e a perna esquerda esticada (Posição SIMS).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Inserção de Supositório		
11	Remover o supositório do envoltório e lubrificar a extremidade arredondada com o lubrificante hidrossolúvel. Lubrificar o dedo enluvado da mão dominante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Solicitar ao paciente que respire lenta e profundamente pela boca e relaxe o esfíncter anal.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Retrair as nádegas do paciente com a mão não dominante. Com o dedo indicador da mão dominante, inserir o supositório lubrificado no ânus delicadamente, passando pelo esfíncter, por cerca de 10 cm em adultos ou 5 cm em lactentes e crianças.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Solicitar ao paciente que permaneça em decúbito dorsal ou lateral a fim de prevenir a expulsão do supositório.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Higienizar o paciente se necessário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Deixar o paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Retira as luvas e descartar em recipiente apropriado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Checar o medicamento e relatar o procedimento em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Aplicação de Pomada Retal		
20	Utilizar luvas ou uma compressa de gaze para espalhar a medicação sobre a área retal.	Enfermeiro/

		Técnico de Enfermagem
21	Colocar o aplicador no tubo de pomada para aplicar internamente, e revestir o aplicador com lubrificante hidrossolúvel.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
22	Introduzir delicadamente o aplicador em direção do umbigo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
23	Espremer lentamente o tubo para produzir a saída da medicação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
24	Retire o aplicador e coloque uma compressa de gaze entre as nádegas do paciente para absorver o excesso da pomada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
25	Orientar o paciente se lúcido para retê-lo por mais ou menos 30 minutos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
26	Higienizar o paciente se necessário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
27	Deixar o paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
28	Retira as luvas e descartar em recipiente apropriado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
29	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
30	Checar o medicamento e relatar o procedimento em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
31	Notificar no NQSP, caso haja algum incidente que poderia geral ou gerou dano paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

7. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual

NQSP – Núcleo de segurança do paciente

8. MONITORAMENTO

Evolução em prontuário.

Checagem da medicação na prescrição médica.

9. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Walfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem 2009/2010;

AME-Dcionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB,2009;

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008;

SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. ed.1. São Paulo: Martinari,2008.


Perry, A.E; Potter, P.A.; Elkin, M.K. Procedimentos e Intervenções de Enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2013.

10. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.10 Protocolo de administração de medicamento por via subcutânea

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
	Versão: 01

Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via subcutânea

Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A administração medicamentosa pela via subcutânea é uma técnica na qual um remédio é administrado, com uma agulha, na camada adiposa que fica por baixo da pele, ou seja, na gordura corporal.

2. OBJETIVO

Padronizar a conduta da equipe de enfermagem na administração de medicamento por via subcutânea, com objetivo de possibilitar uma administração mais lenta e mais estável do que a injeção intramuscular, diminuindo riscos de atingir vasos sanguíneos calibrosos e nervos importantes. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

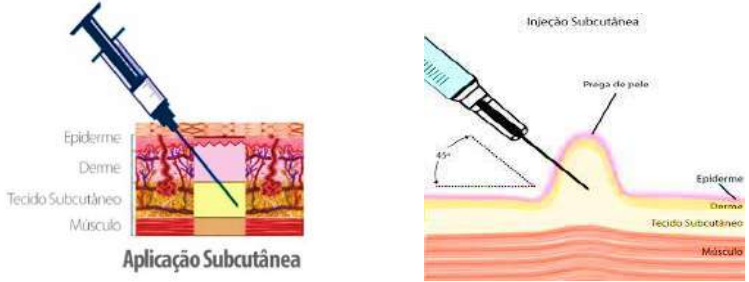
Pacientes hospitalizados, que necessitam de administração pela via subcutânea.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar todo material. <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja ou cuba rim; • Seringa, conforme volume a ser injetado; • Agulha (13x4,5); • Algodão; • Álcool à 70%; • Luva de procedimento; • Medicação prescrita. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, a via de administração, a dosagem e o horário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

3	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Ler etiqueta e a dosagem do medicamento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Levar o medicamento. Realizar a conferência da identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação. (Nome completo, data de nascimento e número do prontuário).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Realizar higienização das mãos e utilizar EPIs.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Orientar o paciente quanto ao procedimento e medicamento a ser administrado	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Escolher o local para a aplicação do medicamento (deltoide, face externa e anterior da coxa, face interna do antebraço ou região abdominal).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Fazer assepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Fazer uma prega na pele com o dedo indicador e polegar da mão dominante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Introduzir a agulha paralelamente a pele, ângulo entre 45° e 90°, com bisel voltado para o lado. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Proceder a aspiração antes de injetar o medicamento, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Injetar o líquido, empurrando lentamente o êmbolo com a mão não dominante, retirar a agulha com um único movimento e após ativar o dispositivo de segurança.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Segurar a pele com o algodão, ao terminar a aplicação. Não massagear ao retirar a agulha.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Observar reação no local e relatar quando houver qualquer tipo de reação que o paciente apresentar após receber o medicamento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

16	Descartar a agulha e a seringa em local próprio (caixa para perfuro cortante).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Retirar as luvas e deixar o ambiente em ordem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Realizar a checagem do medicamento no prontuário do paciente e anotar qualquer intercorrência.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Notificar NQSP - Formulário de Oportunidade de Melhoria, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano ao paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual

NQSP – Núcleo de segurança do paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


- AME – Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB,2009;
- Procedimento Operacional Padrão de Medicamentos por Via Subcutânea. Hospital Universitário da UNIFESP. Departamento de Enfermagem, 2015.
- Procedimento Operacional Padrão de Administração de Medicamentos por Via Subcutânea. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ. Divisão de Enfermagem, 2012.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.11 Protocolo de administração de medicamento por via nasal

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via nasal	Versão: 00
	Folha N°: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Administrar medicamentos pela mucosa nasal através das narinas, sendo eles em forma de gotas, spray e ou aerossol, tratando infecções ou alívio da congestão nasal.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração de medicamento por via nasal, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados adultos e pediátricos que necessitam de administração pela via nasal.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Medicação prescrita; Gaze; Compressa seca; Bandeja; Compressa úmida	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

2	Organizar todo o material	
3	Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, via de administração, dosagem e horário, bem como a identificação do paciente	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Reunir os EPIs (máscara cirúrgica, máscara N95, gorro, óculos, capote e luva de procedimento), conforme precaução do paciente (padrão, contato, gotículas, aerossol).	Enfermeiro / Téc de Enfermagem
5	Realizar a leitura do rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Apresentar-se ao paciente ou familiar e confirmar identificação do paciente	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Realizar a paramentação completa.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Elevar o decúbito do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Orientar o paciente a assoar o nariz, caso não seja contraindicado, oferecendo gaze.	Técnico de Enfermagem
12	Realizar higienização com compressa úmida, caso necessário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Solicitar ao paciente que hiper-estenda o pescoço ou solicitar a alguém que o mantenha na posição adequada, caso necessário utilize o coxim como auxílio.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Inserir o conta-gotas ½ a 1 cm na cavidade nasal com a ponta do gotejador na direção do septo nasal, apertando o	Enfermeiro/

	gotejador com os dedos indicador e polegar da mão dominante.	Técnico de Enfermagem
15	Orientar o paciente a inspirar curta e profundamente e permanecer na posição por 2 a 3 minutos	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Oferecer gaze, para remover excesso de secreção ou limpeza ao redor das narinas	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Realizar higienização do conta-gotas com o auxílio da gaze.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Manter o paciente confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Desprezar o material utilizado em local pré-determinado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
21	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

7. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Wlfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem 2009/2010.

AME Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 ed. v. 2. são Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008.

SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P Calculo de administração de medicamento em enfermagem. ed.1. São Paulo: Martinari, 2008.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

9. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.12 Protocolo de administração de medicamento por via sublingual

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via sublingual		Versão: 00
		Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A via de administração sublingual acontece quando um medicamento é administrado debaixo da língua, e é a forma mais rápida de absorção pelo organismo, muitas vezes utilizado em caráter de urgência.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração de medicamento por via sublingual, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

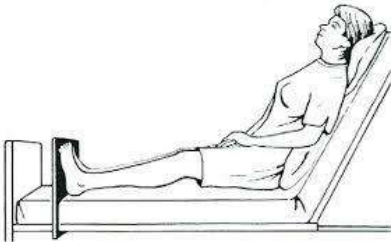
Pacientes hospitalizados, que necessitam de administração pela via sublingual.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Bandeja ou cuba rim. Terapia medicamentosa prescrita;	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Organizar os materiais.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo, data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Conferir prescrição medicamento, horário, dosagem e via de administração	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Conferir no rótulo, identificação do cliente, medicação, validade e dose.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Realizar desinfecção da bandeja com álcool à 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Preparar o material necessário e levar para a unidade do cliente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar a higienização das mãos	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Colocar óculos, gorro e calçar as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Comunicar ao paciente qual medicamento será administrado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

11	Retirar os medicamentos da embalagem	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Posicionar o cliente em decúbito dorsal, posição semi-fowler de 25° a 40°: 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Administrar o medicamento sublingual e umidificar a boca caso necessário. Certifique-se que o medicamento esteja sublingual e não deixar o medicamento na mesa de apoio do paciente	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Orientar o paciente a aguardar até que todo o medicamento seja absorvido	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Orientar o paciente a não mastigar o medicamento	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Recolher os materiais utilizados, retirar as luvas e descartá-los em recipiente próprio para resíduo infectante	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Deixar a unidade do paciente em ordem	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Realizar desinfecção da bandeja com álcool 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Realizar a higienização das mãos	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
21	Notificar NQSP, caso haja algum incidente que poderia gerar dano ao paciente	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

7. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual.

NQSP – Núcleo de Segurança do Paciente.

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POTTER, PA; PERRY, AG. Fundamentos de Enfermagem: 7ª ed. - Elsevier – Rio de Janeiro 2009.

Procedimento Operacional Padrão de Administração de Medicamentos por Via Sublingual – Hospital Clementino Fraga Filho – UFRJ – Departamento de Enfermagem, 2012.

Procedimento Operacional Padrão de Administração de Medicamentos por Via Sublingual – Hospital Universitário da UNIFESP – São Paulo, 2014.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

9. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.13 Protocolo de administração de medicamento por via endovenosa

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via endovenosa		Versão: 00 Folha Nº: 1/11

1. INTRODUÇÃO

Consiste em uma via de absorção rápida, em que é realizada a introdução de medicamento e/ou soluções diretamente na corrente sanguínea, através de punção venosa, com a finalidade de uma resposta farmacológica adequada e ação sistêmica rápida. Indicado nos casos em que o medicamento ou solução precisa ser absorvido de imediato e por completo, e nos casos de grandes doses de medicamentos por fluxo contínuo ou intermitente, por período determinado.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referente a administração de medicamento por via endovenosa, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados, que necessitam de administração pela via endovenosa.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Organizar todo material.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algodão; • Seringa de 3, 5, 10 ou 20 mL; • Agulhas (25x7/30x7/25x6mm) ou outros dispositivos intravenosos (abocath e escalpe); • Álcool 70%; • Medicamento prescrito e devidamente identificado conforme protocolo; • Curativo estéril para punção periférica; • SF0,9% se necessário; • Luvas de procedimento; • Máscara de procedimento. 	<p>Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem</p>

2	<p>Atentar-se para os nove certos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente certo (perguntar o nome para o paciente e conferir a pulseira de identificação e a identificação do leito) 2. Medicamento certo (conferir se o medicamento que está em mãos é o que está prescrito) 3. Via certa (verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar o medicamento) 4. Hora certa (realizar sempre no horário prescrito; antecipação ou atraso na administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor) 5. Dose certa (conferir a dose prescrita) 6. Registro certo (checar na prescrição o horário administrado) 7. Razão (orientar o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado, o motivo da indicação e os efeitos esperados) 8. Forma certa (checar se o medicamento possui a forma farmacêutica e a via de administração prescrita). 9. Resposta certa (observar cuidadosamente o paciente, para identificar se o medicamento teve o efeito esperado) 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Apresentar-se ao paciente ou familiar, confirmar identificação do paciente e orientá-lo quanto ao procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Abrir a embalagem da seringa e colocar agulha, mantendo os princípios de assepsia.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	<p>Proceder a desinfecção do gargalo da ampola ou tampa do frasco com algodão embebido em solução antisséptica.</p> <p>Aspirar o medicamento da ampola ou frasco ampola.</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Realizar a diluição com soluções compatíveis com os medicamentos conforme prescrição médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

8	Comparar a prescrição com a medicação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Atentar-se para a privacidade do paciente fechando cortinas, biombos, portas e etc.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Selecionar a região apropriada para a punção venosa e realizar antissepsia da pele com solução antisséptica	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Avaliar o funcionamento da linha venosa, se a mesma já for existente. Proceder à desinfecção da válvula injetora com solução antisséptica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Colocar luvas de procedimento (atentar para necessidade de outros EPIs conforme precaução do paciente). Administrar a medicação do paciente no tempo certo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Observar o paciente durante a infusão do medicamento e sua reação logo após.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Retirar os EPIs. Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Medicamento em bolus		
1	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Atentar-se para os nove certos: 1. Paciente certo (perguntar o nome para o paciente e conferir a pulseira de identificação e a identificação do leito) 2. Medicamento certo (conferir se o medicamento que está em mãos é o que está prescrito) 3. Via certa (verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar o medicamento)	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

	<p>4. Hora certa (realizar sempre no horário prescrito; antecipação ou atraso na administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor)</p> <p>5. Dose certa (conferir a dose prescrita)</p> <p>6. Registro certo (checar na prescrição o horário administrado)</p> <p>7. Razão (orientar o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado, o motivo da indicação e os efeitos esperados)</p> <p>8. Forma certa (checar se o medicamento possui a forma farmacêutica e a via de administração prescrita).</p> <p>9. Resposta certa (observar cuidadosamente o paciente, para identificar se o medicamento teve o efeito esperado)</p>	
3	Verificar a prescrição.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Avaliar o local da infusão quanto à presença de sinais de flebite ou infiltração.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Colocar luvas de procedimento (atentar para necessidade de outros EPIs conforme precaução do paciente). Administrar a medicação do paciente no tempo certo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Observar o paciente durante a infusão do medicamento e sua reação logo após.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Retirar os EPIs. Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Medicamento intravenoso em linha venosa já existente		
1	Higienizar as mãos. Selecionar o ponto da injeção mais próximo do paciente, injetor lateral do equipo de soro ou torneira de 3 vias; Realizar a desinfecção do injetor lateral com algodão embebido em álcool 70%.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

2	<p>Atentar-se para os nove certos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente certo (perguntar o nome para o paciente e conferir a pulseira de identificação e a identificação do leito) 2. Medicamento certo (conferir se o medicamento que está em mãos é o que está prescrito) 3. Via certa (verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar o medicamento) 4. Hora certa (realizar sempre no horário prescrito; antecipação ou atraso na administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor) 5. Dose certa (conferir a dose prescrita) 6. Registro certo (checar na prescrição o horário administrado) 7. Razão (orientar o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado, o motivo da indicação e os efeitos esperados) 8. Forma certa (checar se o medicamento possui a forma farmacêutica e a via de administração prescrita). 9. Resposta certa (observar cuidadosamente o paciente, para identificar se o medicamento teve o efeito esperado) 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conectar a linha de infusão a seringa com agulha e medicamento prescrito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	<p>Ocluir a linha venosa pinçando o equipo acima da porta da injeção, aspire lentamente para testar o fluxo sanguíneo;</p> <p>Injetar o medicamento dentro do tempo determinado conforme prescrição médica;</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Retirar a seringa e não reencapar a agulha . Controlar o gotejamento conforme prescrição.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Descartar material na caixa de perfurocortante.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Observar o paciente durante a infusão do medicamento e sua reação logo após.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	<p>Retirar EPIs.</p> <p>Realizar higienização das mãos.</p>	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

9	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Salinização de cateter		
1	Conferir na prescrição médica a solicitação para salinização do cateter.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	<p>Atentar-se para os nove certos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente certo (perguntar o nome para o paciente e conferir a pulseira de identificação e a identificação do leito) 2. Medicamento certo (conferir se o medicamento que está em mãos é o que está prescrito) 3. Via certa (verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar o medicamento) 4. Hora certa (realizar sempre no horário prescrito; antecipação ou atraso na administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor) 5. Dose certa (conferir a dose prescrita) 6. Registro certo (checar na prescrição o horário administrado) 7. Razão (orientar o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado, o motivo da indicação e os efeitos esperados) 8. Forma certa (checar se o medicamento possui a forma farmacêutica e a via de administração prescrita). 9. Resposta certa (observar cuidadosamente o paciente, para identificar se o medicamento teve o efeito esperado) 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Orientar o paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Avaliar sinais de flebite e perviedade do acesso.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Aspirar com seringa de 5 ou 10 mL SF 0,9% de acordo com quantidade de seringas de medicação a serem administradas.	Enfermeiro/

		Técnico de Enfermagem
7	Calçar luvas de procedimento (atentar para a necessidade de outros EPIs conforme a precaução do paciente).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar o flush com solução salina com 2 a 3 mL.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Administrar a medicação prescrita.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Realizar novamente o flushing de solução salina.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Se houver mais de uma seringa de medicamento realizar o flush de SF 0,9% entre as medicações para lavar o acesso venoso e termine salinizando o cateter com SF 0,9% de 2 a 3 mL.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Observar o paciente durante a infusão do medicamento e sua reação logo após.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

OBSERVAÇÕES:

- Caso o paciente apresente um acesso venoso salinizado, realize a desinfecção da conexão com álcool a 70% e avalie a perviedade da linha venosa utilizando um flush de SF 0,9% com 2 a 3mL de solução salina estéril.
- Flushing ou flush é um termo referente à lavagem de um lúmen do cateter, sendo feito antes e após a administração de um medicamento, a fim de prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis, além de que, também é um cuidado de enfermagem prevenção da obstrução do cateter venoso.
- A troca de equipos comuns para infusão intermitente deve ser a cada 24 horas, considerando que o número de manipulações neste contexto é maior.
- A troca de equipos para infusão contínua deve ser a cada 96 horas e realizada imediatamente quando: ocorrer contaminação e/ou sua integridade estiver comprometida, ou houver presença de coágulos de sangue.
- Observe cuidadosamente a pele da região acima do cateter intravenoso. Observe qualquer edema quando o flush for realizado, o que indica infiltração dentro do vaso, o paciente pode queixar-se de dor no local, necessitando remoção do cateter.

- Alguns medicamentos intravenosos somente devem ser administrados com monitorização de paciente em locais específicos das unidades como exemplo sala de urgências.
- Uma injeção intravenosa em bolus é um método muito perigoso, pois não permite que erros possam ser corrigidos, por isso deve se calcular corretamente a quantidade de medicamentos a ser administrada, principalmente em medicações pediátricas. Atentar-se para as prescrições em microgotas: 1 gota corresponde a 3 microgotas.
- Em caso de preparo de pacientes para exames ou jejum, não administrar nem adiar a administração de doses sem discutir a conduta com o enfermeiro.
- Solicitar revisão por um colega sempre que calcular doses para medicamentos potencialmente perigosos ou medicação de alta vigilância.
- Levar ao local, no horário da administração de medicamentos, apenas o que está prescrito a um único paciente, não fazendo o uso de bandeja contendo diversos medicamentos para diferentes pacientes.
- Preparar o medicamento imediatamente antes da administração, a não ser que haja recomendação especial do fabricante.
- Devolver à farmácia os medicamentos não utilizados.

7. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual.

NQSP – Núcleo de Segurança do Paciente.

SF 0,9% - Soro Fisiológico 0,9%

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Protocolo de procedimento operacional padrão de administração de medicação intravenosa Hospital Getúlio Vargas. 2012, Elaboração Enfermeiro Cátia Helena Damando Salomão e aprovado por Jane Aparecida Cristina.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Acesso em 25 ago. 2020. Disponível em: file:///C:/Users/6116-priscilla/Downloads/protoc_identificacaoPaciente.pdf.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

9. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.14 Protocolo de administração de medicamento por via vaginal

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via vaginal	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

A medicação por via vaginal e administrada sob a forma de supositórios, comprimidos, gel, cremes e pomadas.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração de medicamento por via vaginal, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados que necessitam de administração pela via vaginal.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTOS

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, via de administração, dosagem e horário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Reunir os EPIs: máscara, gorro, óculos e luva de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data e validade. Confirmar prescrição.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Reunir o material em uma bandeja. <ul style="list-style-type: none"> • Medicação prescrita (aplicador, pomadas, creme ou cápsula); • Lubrificante hidrossolúvel. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Confirmar a identificação do paciente e orientá-lo quanto ao procedimento a ser realizado. Solicitar à paciente que esvazie a bexiga e realizar a higiene íntima.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Paramentar-se e posicionar o biombo para preservar a paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Colocar a paciente em posição ginecológica. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

Pomada ou Creme		
10	Lubrificar o aplicador.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Introduzir o aplicador de forma delicada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Empurrar o êmbolo do aplicador lentamente, fazendo-o passar para a vagina.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Retirar o aplicador e descartá-lo em lixo infectante. Solicitar a paciente que aguarde 15 minutos antes de se levantar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
Cápsulas		
14	Retira a cápsula da embalagem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Realizar a lubrificar com lubrificante hidrossolúvel e realizar a exposição da vagina.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Inserir a cápsula 5 cm dentro da vagina com um aplicador ou com o dedo. Solicitar a paciente que aguarde 15 minutos antes de se levantar.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Colocar a paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Desprezar os resíduos e retira as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Checar medicação e relatar o procedimento no prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
21	Notificar NQSP, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano ao paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual.

NQSP – Núcleo de Segurança do Paciente.

7. MONITORAMENTO

Evolução em prontuário.

Checagem da medicação na prescrição médica.

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Wlfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem 2009/2010;

AME Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro EPUB, 2009;

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2.ed., v. 2. São Caetano do Sul Yedis Editora, 2008.

SILVA, M.T SILVA S.R.L.P Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2008.

Procedimento Operacional Padrão de Administração de Medicamentos por Via Subcutânea. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ. Divisão de Enfermagem, 2012.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

9. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.15 Protocolo de administração de medicamento por via ocular

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via ocular	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

Consiste na administração de medicamentos na conjuntiva ocular. A absorção se dá principalmente pelo epitélio do saco conjuntival, que, por ter uma pequena área, torna a absorção restrita. Os medicamentos se apresentam sob a forma de pomada ou colírio.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração de medicamento por via ocular, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados adultos e pediátricos que necessitam de administração pela via ocular.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar todo o material. <ul style="list-style-type: none"> • Medicação prescrita; • Gaze estéril; 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

	<ul style="list-style-type: none"> SF0,9%; Bandeja ou cuba rim. 	
2	Reunir EPIs: máscara, gorro, óculos e luva de procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Apresentar-se ao paciente, confirmar a identificação do paciente e explicar o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Certificar-se da prescrição médica, observando a medicação, via de administração, dosagem e horário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Realizar leitura do rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Explicar o procedimento ao paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Elevar o decúbito do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar a paramentação completa.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Solicitar ao paciente para que olhe para cima.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Realizar higiene ocular com gaze estéril umedecida com água ou soro fisiológico fazendo movimento do canto interno para o externo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Puxar a pálpebra inferior para baixo com a mão dominante expondo a conjuntiva.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Colírio: Instile a quantidade de gotas no saco conjuntival. Pomada: Esprema uma pequena quantidade da pomada ao longo da borda do saco conjuntival, do canto interno para externo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

14	Proceder a administração do medicamento, sem tocar o frasco no olho do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Orientar o paciente para que feche o olho e faça movimentos oculares com o olho.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Auxiliar o paciente na secagem do excesso com gaze.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Observar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais a medicação administrada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Deixar o paciente confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
19	Deixar o ambiente em ordem.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
20	Desprezar o material utilizado no expurgo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
21	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
22	Checar a prescrição e registrar em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

SF 0,9% - Soro fisiológico.

EPIs – Equipamentos de proteção individual.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Walfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem 2009/2010.

AME Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem: 2009-2010. Rio de Janeiro EPUB, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L.; MACHADO, W.C.A. Tratado prático de enfermagem. 2 ed. v. 2. São Caetano do Sul Yedis Editora, 2008.

SILVA, M.T SILVA S.R.L.P Calculo de administração de medicamento em enfermagem. ed.1. São Paulo: Martinari, 2008.

Perry, A.E;Potter PA; Elkin,MR.Procedimentos e Internvenções de Enfermagem Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.16 Protocolo de administração de medicamento por via oral

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de administração de medicamento por via oral	Versão: 00
	Folha N°: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A administração de medicamentos pela via oral é a mais utilizada, segura e econômica, além de ser bastante confortável. Visa oferecer o medicamento que será

deglutido ou não com auxílio de líquidos, nas formas de apresentação: comprimidos, cápsulas, drágeas, soluções, suspensão, pó.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes a administração de medicamento por via oral, obtendo assim uma resposta farmacológica adequada de ação sistêmica ou quando outras vias não são indicadas. Melhorar a segurança do cliente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes hospitalizados que necessitam de administração pela via oral.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTOS

Ordem	Ação/Descrição	Agente/Executor
1	<p>Preparo do material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento a ser administrado; • 01 bandeja; • 01 copo descartável pequeno; • 01 copo descartável grande ou 01 seringa descartável compatível com o volume da medicação. 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Organizar todo material.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Verificar a prescrição médica, conferindo a identificação do paciente, número do leito, nome do medicamento, dosagem, via de administração, horário e frequência.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Reunir os EPIs (máscara cirúrgica, máscara N95 gorro, óculos, capote e luva de procedimento de acordo com a precaução do paciente).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6	Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data e validade.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Confirmar a identificação do paciente e descritores obrigatórios.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Elevar o decúbito do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
11	Retirar o invólucro do medicamento diante do paciente	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Oferecer a medicação a ser ingerida ou administrar com seringa na lateral da boca.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
13	Oferecer copo com água.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
14	Observar deglutição do medicamento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
15	Manter o paciente confortável e o ambiente organizado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
16	Desprezar o material utilizado em local pré-determinado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
17	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
18	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

OBSERVAÇÕES

01 ml = 20 gotas;

01 gota = 3 microgotas

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Protocolo de procedimento operacional padrão de administração de medicação intravenosa Hospital Getúlio Vargas. 2012, Elaboração Enfermeiro Cátia Helena Damando Salomão e aprovado por Jane Aparecida Cristina.

SILVA, M.T; SILVA, S.R.L.P Cálculo de administração de medicamento em enfermagem. ed.1. São Paulo: Martinari,2008.

AME-Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem:2009-2010. Rio de Janeiro: EPUB,2009;

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xx xx Data

3.16 Protocolo de aferição de glicemia capilar

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de aferição de glicemia capilar		Versão: 00
		Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A glicemia capilar é um exame em que é verificado o nível de açúcar no sangue em determinado momento do dia, utilizando um aparelho chamado glicosímetro, que realiza a análise através de uma pequena gota de sangue que é retirada da ponta do dedo.

2. OBJETIVO

Padronizar as ações referentes ao teste de glicemia capilar, obtendo assim um resultado fidedigno e seguro quanto a glicemia do paciente, auxiliando na definição da dose correta de insulina a ser administrada. Oferecendo um tratamento assertivo, de excelência e melhorando a segurança do paciente.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes hospitalizados que necessitam da aferição dos níveis de glicose no sangue.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente/Executor
1	<p>Preparo do material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparelho dosador de glicemia capilar; • Fita reagente; • Luvas de procedimento; • Lanceta ou agulha descartável 13x4,5; • Bola de algodão ou gaze estéril; • Álcool 70% ou Clorexidina alcóolica • Bandeja ou cuba rim 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Organizar todo o material.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Realizar higienizar as mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Confirmar a prescrição médica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

5	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Calçar as luvas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Realizar assepsia com algodão umedecido com álcool 70% ou clorexidina alcóolica no local a ser puncionado (região lateral de calcanhar em lactentes e extremidades de falanges das mãos em crianças e adultos).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Em caso de aferição de glicemia de 1/1h realizar o rodízio de todos os dedos das mãos, dos pés e lóbulos da orelha.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Abrir o material descartável (lanceta ou agulha).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Deixar fluir uma gota bem espessa de sangue.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
11	Aproximar a fita reagente e deixar sugar o sangue até preencher a parte indicada no visor.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Pressionar o local com algodão até certificar-se da interrupção do sangramento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
14	Aguardar leitura do aparelho.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
15	Descartar a fita, as luvas e o algodão em lixo infectante, e a lanceta em caixa para perfuro cortante.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
16	Realizar higienizar as mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
17	Comunicar o resultado (caso alterado), ao enfermeiro ou médico.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
18	Registrar em prontuário o valor obtido.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
19	Observar e seguir rigorosamente o esquema da prescrição médica de insulina regular ou NPH, ou em bomba de infusão contínua.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

STACCIARINI, T.S.G.; CUNHA, M.H.R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

Objetivos glicêmicos para indivíduos com e sem DM1 nos diferentes momentos do dia.

Glicemia	Sem diabetes (mg/dL)	Crianças e adolescentes com DM1 (mg/dL) [‡]	Adultos com DM1 (mg/dL) [*]
Jejum ou pré-prandial	65 a 100	70 a 145	70 a 130
Pós-prandial	80 a 126	90 a 180	< 180
Ao deitar	80 a 100	120 a 180	
Na madrugada	65 a 100	80 a 162	


DM1: diabetes *mellitus* tipo 1.

^{*} Segundo a Sociedade Internacional de Diabetes para **Pediatria** e Adolescência (*International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, ISPAD*).

[‡] Segundo a Associação Americana de Diabetes (*American Diabetes Association, ADA*).

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.17 Protocolo para administração de nutrição enteral

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo para administração de nutrição enteral	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A terapia nutricional enteral (TNE) surge como uma possibilidade terapêutica de manutenção ou recuperação do estado nutricional, naqueles indivíduos que apresentarem o trato gastrointestinal íntegro para o processo digestório, mas com a ingestão oral parcial ou totalmente comprometida.

2. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de nutrição enteral, da competência de enfermagem, permitindo o suprimento de nutrientes necessários para o funcionamento normal do organismo. Mantendo e priorizando a segurança do paciente.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes que necessitam de nutrição enteral.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente/Executor
1	Realizar higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Conferir os produtos entregues pelo serviço de nutrição, identificando os pacientes internados no setor. Fazer o recebimento dos produtos pelo sistema MV.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Verificar com o médico responsável a confirmação do posicionamento da sonda para administração da nutrição enteral através de exame de imagem.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Verificar antes da instalação a validade dos produtos e dispositivos: - <u>Equipos</u> : devem ser trocados a cada 24h; - <u>Dietas enterais</u> : validade da embalagem indicada pelo fabricante até o rompimento do lacre. Após o rompimento do lacre, a validade passa a ser de 24h; - <u>Módulos</u> : validade de 02 horas após a dispensação do lactário.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

5	Verificar no momento da instalação: Identificação do paciente (nome completo, data de nascimento e número do prontuário), tipo, volume, infusão da dieta/ módulo/ suplemento/ fórmula infantil/ água de hidratação prescrita (bolus, contínua ou intermitente).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Registrar na etiqueta da bolsa o horário de início, o nome do responsável e a matrícula. Identificar equipos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Utilizar equipo apropriado para nutrição enteral, padronizado na instituição.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Confirmar adequado posicionamento do paciente no leito e a fixação da sonda na narina.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Manter paciente com cabeceira elevada em 30° - 45°, exceto se contra indicação médica. Instalar o equipo no frasco de dieta, retirar o ar do equipo e conectar o equipo ao dispositivo enteral (SNE, GTT ou Jejunostomia).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Não interromper a infusão da dieta para banho no leito, banho de aspersão, curativos, atendimento de fisioterapia.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
11	Lavar a sonda antes e após administração da dieta e antes e após administração de cada medicamento com 20 ml de água potável.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Fechar o dispositivo enteral (SNE, GTT ou Jejunostomia) após término da infusão da dieta e lavar a sonda. Manter paciente com a cabeceira elevada 30° - 45°.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
13	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
14	Registrar no prontuário do paciente a realização do procedimento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

15	Registrar no balanço hídrico as entradas e saídas inerentes a TNE.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
16	Deixar ambiente organizado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

SNE: Sonda nasoenteral;

GTT: Gastrostomia;

TNE: Terapia de nutrição enteral.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOUZA, VHS; MOZACHI, N. O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar. 10ªed. Maxigráfica Curitiba, 2005;

TEMPLE, JS; JOHSON, JY. Guia para Procedimentos de Enfermagem. 3ª ed. Artmed. Porto Alegre 2000;

DOENGES, ME; MOORHOUSE, MF; GEISLER, AC. Planos de Cuidados de Enfermagem. 5ªed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2003;

ATKISON, LD; MURRAY, ME. Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1989;

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Hospital das Clínicas. Grupo de Apoio Nutricional. Terapia Nutricional: Cuidados de Enfermagem (Procedimentos Padronizados para Adultos) 2003;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.


8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx	Nome de quem revisou o documento	xx/xx/xxxx

Data		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	Data
------	--	--	------

3.18 Protocolo de Administração de Nutrição Parenteral

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Administração de Nutrição Parenteral	Versão: 00
	Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A terapia nutricional parenteral (NPT) surge como um método de administração de nutrientes que é realizada via intravenosa, quando não é possível obter os nutrientes através da alimentação pelo trato gastrointestinal. É muito utilizada para prevenir ou tratar a desnutrição em pacientes que não apresentam funcionamento adequado do trato gastrointestinal e que não podem receber alimentação por via oral ou enteral.

2. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de nutrição parenteral, da competência de enfermagem, permitindo o suprimento de nutrientes necessários para o funcionamento normal do organismo, evitando riscos de contaminação e danos ao paciente. Mantendo e priorizando a segurança do mesmo.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes hospitalizados que necessitam de nutrição parenteral.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Preparo do material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimento; • Máscara descartável; • Gorro; • Óculos de segurança; • Clorexidina alcoólica 0,5% ou álcool 70%; • Equipo para bomba de infusão; • Gaze estéril; • Bomba de infusão. 	Enfermeiro
2	Escolher a via de acesso central apropriada para a infusão (deverá ser uma VIA EXCLUSIVA para esse fim.	Enfermeiro / Médico
3	Organizar todo o material.	Enfermeiro
4	Realizar higienizar as mãos.	Enfermeiro
5	Solicitar com 1/2 hora antes do fim da bolsa em curso, a entrega de nova bolsa para o caso de NP manipulada, ao qual fica armazenada sob refrigeração na farmácia. Aguardar temperatura ambiente (15 a 30°C) para iniciar infusão. Não aquecer a bolsa em micro-ondas.	Enfermeiro
6	Inspeccionar a bolsa de NP antes de administrá-la. Avaliar integridade da embalagem, coloração, presença de corpos estranhos e/ou precipitados, separação de fases e prazo de validade.	Enfermeiro
7	Realizar higienizaçãodas mãos.	Enfermeiro
8	Utilizar EPIs: gorro, óculos de segurança, máscara e calçar luvas de procedimentos.	Enfermeiro

9	<p>Realizar a homogeneização da bolsa em uma bancada limpa em caso de bolsas industrializadas (bolsa 3 em 1 ou 2 em 1).</p> <p>Proceder da seguinte forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Abrir o invólucro externo da bolsa de NP; 2) Enrolar a bolsa sobre si mesma apoiando-a sobre uma mesa para que o lacre que separa os conteúdos se rompa; 3) Checar se a ativação foi completa; 4) Misturar o conteúdo da bolsa invertendo-a três vezes; 5) Conectar o equipo com a bolsa apoiada em superfície plana para evitar perfuração acidental da mesma; 6) Fixar o rótulo na bolsa. Caso a mesma seja suspensa (tratamento interrompido antes do início), armazenar a NP em geladeira (se lacres rompidos) ou temperatura ambiente (bolsa intacta) e avisar imediatamente à Farmácia para a devolução em tempo hábil. 	Enfermeiro
10	Realizar assepsia do cateter com clorexidina alcoólica ou álcool a 70% antes de adaptar o equipo.	Enfermeiro
11	Usar seringa de 10 mL com água destilada para testar a permeabilidade do sistema de infusão.	Enfermeiro
12	Controlar rigorosamente o gotejamento da solução, em bomba de infusão adequadamente programada de acordo com a prescrição médica. Antes do início da sua utilização, a bomba de infusão deve ser cuidadosamente verificada quanto às suas condições de limpeza e funcionamento.	Enfermeiro
13	No momento da instalação, realizar identificação da bolsa de NP com rótulo padrão e equipo com etiqueta específica. Trocar a cada 24 horas a bolsa de NP e o equipo, mesmo que não tenha terminado a solução e desprezar o volume não administrado, registrando no prontuário.	Enfermeiro
14	Evitar exposição da bolsa de NP à incidência direta de luz e fontes que gerem calor. Usar equipo fotossensível somente para administração de bolsas de NP manipuladas, uma vez que possuem vitaminas em sua composição.	Enfermeiro

15	<p>Não usar a via de infusão da NP para outros fins (hemocomponentes, medicamentos, coleta de sangue). Administrar em outra via do cateter duplo lúmen, ou outro acesso venoso, os aditivos e complementos necessários, inclusive oligoelementos e polivitamínicos. A administração de qualquer outra droga, nutriente ou solução na mesma via de administração da NP deve ser previamente autorizada pelo médico nutrólogo.</p>	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
16	<p>Não adicionar nenhum elemento à bolsa de NP. Oligoelementos e polivitamínicos devem ser diluídos em soros separados, podendo ser administrados por via central e/ou periférica. Com infusão mais rápida para não necessitar de equipo fotossensível.</p>	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
17	<p>Realizar higienização das mãos.</p>	Enfermeiro
18	<p>Registrar em prontuário a realização do procedimento, com horário de início, término da infusão e ocorrências.</p>	Enfermeiro
19	<p>Efetuar e/ou supervisionar a troca do curativo do catéter venoso central diariamente, com base em procedimentos preestabelecidos.</p>	Enfermeiro
20	<p>Manter o paciente em constante observação.</p>	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
21	<p>Observar o sistema de infusão a cada 6 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o cateter está dobrado ou obstruído em algum ponto; • Se as conexões estão firmes; • Presença de infecção ou sinais flogísticos; • Se a bomba de infusão está ligada e funcionando perfeitamente a fim de assegurar infusão completa do volume prescrito. • Registrar no balanço hídrico o valor infundido e Zerar a bomba de infusão a cada 06 horas. 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

22	Não interromper a administração de NP para o transporte do paciente para procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, sob o risco de hipoglicemia, contaminação do catéter e equipo, vencimento da bolsa e não administração de todo conteúdo da bolsa. Quando houver interrupção não programada da infusão, ou atraso na administração da próxima solução, instalar soro glicosado a 10% (SG5% 500 ml + GH 50% - 50 ml) na mesma velocidade de infusão da NP, para evitar hipoglicemia.	Enfermeiro/Médico
23	Proteger a ponta do equipo de forma asséptica com uma capa protetora estéril, de uso único, caso haja necessidade de desconexão. Desconexões repetidas com consequente reconexão do sistema aumentam o risco de contaminação do luer do equipo e do hub do catéter.	Enfermeiro
24	Interromper a infusão da bolsa em caso de vazamento de conteúdo e solicitar a farmácia nova bolsa.	Enfermeiro
25	Detectar, registrar e comunicar à CMTN e ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
26	Em caso de reação alérgica ou febril durante a infusão de NP, comunicar farmacêutico clínico.	Enfermeiro

6. SIGLAS

EPIs – Equipamento de proteção individual

NP - Nutrição Parenteral

SG5% - Soro Glicosado a 5%

GH 50% - Glicose Hipertônica 50%

CMTN - *Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional*

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para Fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Brasília, DF, 24 abr. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Terapia Nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terapia_nutricional_atencao_especializada.pdf. Acesso em: 11 abr. 2018.

BRASIL. Resolução RDC nº 45, de 12 de março de 2003. Dispõe sobre o regulamento técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde. ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: file:///D:/Download's/RDC_n_45_de_2003_Solues_Parentereis_de_Grande_Volume.pdf. Acesso em: 11 abr. 2018.

CASTRO, M. G. et al. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no paciente Grave, BRASPEN J, v.33 (supl 1), p.2-36,2018.

GUENTER, P. et al. Standardized Competencies for Parenteral Nutrition Administration: The ASPEN Model, v00, p.1-10, 2018.

MACCLAVE, S. A. et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, Baltimore, v. 40, n. 2, p. 159-211, 2016.


GONÇALVES, RC et al. Manual BRASPEN de Competências Relacionadas à Dispensação e à Administração de Nutrição Parenteral. BRASPEN J 2019; 34 (3): 217-232.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xx xx Data

3.19 Protocolo de cateter central de inserção periférica – PICC Pediátrica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de cateter central de inserção periférica – PICC Pediátrica	Versão: 000
	Folha N°: 1/7

1. INTRODUÇÃO

O cateter venoso central de inserção periférica, mais conhecido como cateter de PICC, é inserido a partir do braço, por uma veia periférica, chega à veia cava superior ou ao átrio direito. O estabelecimento de critérios para a implantação, a manutenção e a remoção do PICC são importantes para prevenir eventos adversos à saúde do paciente, dentre os quais, destaca-se as infecções de corrente sanguínea.

O procedimento de inserção do cateter deve ser realizado EXCLUSIVAMENTE por enfermeiro ou médico habilitado e capacitado.

2. OBJETIVO

Padronizar as condutas para implantação, manutenção e remoção do PICC, promovendo um acesso venoso por tempo prolongado; minimizar o estresse e dor gerado por múltiplas punções, complicações, iatrogenias e manuseio excessivo da criança; evitar punções venosas periféricas repetidas, diminuir riscos de infiltração, necrose tecidual devido extravasamento e flebite química e evitar dissecação venosa.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados aos cuidados da pediatria com indicação de obtenção do acesso venoso central de inserção periférica (PICC).

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Preparo do material: <ul style="list-style-type: none"> •Kit de inserção do cateter; •Bandeja estéril; •01 cuba redonda; •01 pinça anatômica sem dente; •02 campos simples; •01 campo fenestrado; •01 seringa de 10ml; •Solução anti- séptica; •Cateter PICC de tamanho adequado; •Equipo de extensão curto; •Fita métrica estéril ou limpa; •Bolsa de SF0,9% 100 ml; •Compressa de gaze estéril; •Curativo semipermeável transparente estéril; •Torneiras three-way; •Dispositivos para sistema fechado de infusão (padronizados pela CCIH); •Esparrapado e IV FIX •02 compressas estéreis. 	Enfermeiro(a)
2	Orientar o paciente ou responsável quanto ao procedimento que será realizado.	Enfermeiro(a)
3	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro(a)
4	Reunir EPI's: gorro, máscara, óculos, (02) capote estéreis, 03 pares de luva estéril.	Enfermeiro(a)
5	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro(a)
6	Selecionar a veia através de inspeção e palpação.	Enfermeiro(a)
7	Fazer desinfecção da fita métrica com álcool a 70%.	Enfermeiro(a)

8	Posicionar o braço da criança à 90°.	Enfermeiro(a)
9	Mensurar a circunferência braquial (terço médio) do membro que será puncionado.	Enfermeiro(a)
10	Medir a distância entre o possível ponto de punção e a articulação escápulo-umeral, e deste ponto até a fúrcula externa e em seguida até o 3° espaço intercostal. (Tanto para inserção à direita quanto à esquerda)	Enfermeiro(a)
11	Colocar por baixo do braço do paciente um pano que proteja a roupa de cama.	Enfermeiro(a)
12	Anotar a medida.	Enfermeiro(a)
13	Colocar gorro, máscara e óculos de proteção.	Enfermeiro(a)
14	Realizar higienização das mãos	Enfermeiro(a)
15	Abrir bandeja do PICC e colocar o restante dos materiais a serem usados sobre o campo estéril.	Enfermeiro(a)
16	Realizar degermação das mãos.	Enfermeiro(a)
17	Vestir capote estéril, usando técnica asséptica.	Enfermeiro(a)
18	Calçar luvas estéreis.	Enfermeiro(a)
19	Usar a fita métrica para cortar a extremidade distal do cateter, conforme as recomendações e mensurações feitas.	Enfermeiro(a)
20	Adotar técnica estéril e utilizar SF0,9% para irrigar/lavar o cateter.	Enfermeiro(a)
21	Fazer a anti-sepsia do local de inserção com gaze embebida na solução anti-séptica e pinça. A partir do local de inserção, faça movimentos circulares por cerca de 15 segundos. Deixar a área secar. Certificar-se de não ter tocado o local em que deverá ser efetuada a inserção.	Enfermeiro(a)
22	Trocar as luvas.	Enfermeiro(a)

23	Colocar um campo fenestrado isolando o sítio de punção.	Enfermeiro(a)
24	Aplicar o torniquete cerca de 10 cm acima da fossa ante cubital.	Enfermeiro(a)
25	Iniciar a punção: estabilize a veia do paciente, insira o introdutor de cateter a um ângulo de 10° diretamente na veia.	Enfermeiro(a)
26	Introduzir apenas o bisel do introdutor e espere o refluxo de sangue.	Enfermeiro(a)
27	Retirar o torniquete usando uma gaze estéril, quando houver o refluxo de sangue e introduzir o cateter no trajeto do introdutor com auxílio de uma pinça anatômica sem dente até ultrapassar a primeira marcação-5 cm; a progressão de até 5 cm do cateter sem resistência ou dificuldade indica que o cateter está na luz do vaso.	Enfermeiro(a)
28	Virar a cabeça do paciente na direção do braço puncionado quando o cateter já tiver avançado até o ombro, e faça com que o queixo repouse no peito. Essa manobra ocluirá a veia subclávia.	Enfermeiro(a)
29	Retirar o introdutor ou a bainha introdutora.	Enfermeiro(a)
30	Introduzir o cateter até a marca pré-estabelecida com o auxílio da pinça.	Enfermeiro(a)
31	Fixar o cateter com uma gaze, enquanto um outro profissional, retira o introdutor com cuidado.	Enfermeiro(a)
32	Segurar as aletas da bainha introdutora, flexionando-as na direção da extremidade distal, para partir a bainha.	Enfermeiro(a)
33	Tracionar as aletas (em movimento de afastamento) para longe do cateter, até que a bainha tenha sido separada. Descartar a bainha.	Enfermeiro(a)
34	Comprimir o local da punção após a retirada do introdutor até o sangramento cessar.	Enfermeiro(a)
35	Aspirar o cateter com cuidado para verificar o refluxo de sangue, logo após lave-o com solução salina ou solução de heparina para evitar a obstrução do vaso.	Enfermeiro(a)

36	Retirar a seringa, com o braço do paciente abaixo da altura do coração, conectar o equipo de extensão.	Enfermeiro(a)
37	Fechar o sítio de inserção do cateter com gaze estéril e ocluir o curativo.	Enfermeiro(a)
38	Proteger o extensor.	Enfermeiro(a)
39	Ocluir o sítio de inserção somente com a película sem gaze após 24/48 horas.	Enfermeiro(a)
40	Retirar campos, e paramentação.	Enfermeiro(a)
41	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro(a)
42	Fazer controle radiológico para verificar o posicionamento do cateter.	Enfermeiro(a)
43	Iniciar a infusão e administração de medicamentos somente após a certificação do posicionamento do cateter, em consenso com o médico diarista e/ou plantonista.	Enfermeiro(a)
44	Tracionar o PICC para posicionamento mais adequado se for necessário após a realização de RX de tórax e avaliação pelo médico.	Enfermeiro(a)
45	Registrar o procedimento em prontuário, anote o diâmetro, o comprimento e o tipo de cateter, além da data e localização da inserção.	Enfermeiro(a)

Manutenção do Cateter

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Manter o membro onde o cateter está inserido na posição anatômica evitando-se dobrar o cateter.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
2	Manter o fluxo contínuo de hidratação venosa, não heparinizar ou hidrolisar o cateter.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
3	Não puncionar, verificar pressão arterial ou garrotear o membro com PICC em local acima de sua inserção.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
4	Observar sinais flogísticos no local de inserção do cateter ou deslocamento.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem

5	Não infundir sangue ou seus hemocomponentes devido risco de obstrução.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
6	Não utilizar seringas de 1ml, 3ml, 5ml devido ao risco de romper o cateter com altas pressões.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
7	Realizar flushing de SF0,9% de 3/3 horas conforme prescrição de Enfermagem	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
8	Em caso de obstrução tentar aspirar o coágulo.	Enfermeiro(a)
9	Não utilizar solução alcoólica ou pomada no sítio de inserção do cateter.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
10	Caso o cateter desloque não insira o restante novamente devido ao risco de infecção.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
11	Não realizar coleta de exames pelo cateter.	Enfermeiro(a)/Téc Enfermagem
Enfermeiro(a)		
1	Certifique-se de ter verificado o retorno sanguíneo e lave com SF0,9% antes de administrar algum medicamento através do PICC.	Enfermeiro(a)
2	Pince o equipo e conecte a seringa vazia à tubulação. Solte a pinça e aspire lentamente, para verificar o retorno do sangue. Irrigue com 3ml de SF0,9% em uma seringa de 10ml. Em seguida, administre o medicamento prescrito.	Enfermeiro(a)
3	Depois da administração do medicamento, lave novamente com 3 ml de soro fisiológico. Lembre-se de irrigar o equipo entre uma e outra infusão de medicamentos ou líquidos incompatíveis.	Enfermeiro(a)
Troca de Curativo		
1	Troque o primeiro curativo após 24 horas da inserção e os demais com intervalos de 7 dias e mais frequentemente se o curativo tiver sua integridade comprometida.	Enfermeiro
2	Realize um curativo semipermeável transparente, que possibilite a transpiração e o monitoramento do sítio de punção. Use técnica estéril.	Enfermeiro(a)
Remoção do PICC		

1	O PICC será removido assim que o tratamento tiver sido concluído, se o cateter sofrer algum dano ou se ocorrer quebra e não puder ser reparado; ou se possivelmente ocorrer oclusão. Meça o cateter depois da remoção, como garantia de que todo o cateter foi retirado.	Enfermeiro(a)
Observações		
1	Indicações:	
2	Antibioticoterapia.	
3	Hidratação venosa por tempo prolongado.	
4	NPT.	
5	Glicose acima de 12,5%.	
6	Infusão de drogas vasoativas.	
7	Drogas vesicantes e irritantes.	
8	Prematuridade.	
9	Ventilação mecânica.	
10	Baixo peso ao nascer.	
11	Pós-operatório.	
12	Internações prolongadas.	
13	Contra-indicações:	
14	Rede venosa não preservada.	

15	RN edemaciados.
16	RN muito grave.
17	Procedimento de urgência.
18	Complicação relacionada à indicação clínica de urgência.
19	Administração de hemoconcentrado.
Escolha da Veia	
1	1ª opção: veia basilica.
2	2ª opção: veia basilica.
3	3ª opção: veia cefálica.

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção individual

SF0,9%- Soro Fisiológico

NPT- Nutrição Parenteral Total

RN -Recém-Nascido

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Walfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem 2009/2010;

RESOLUÇÃO RDC N° 36, de 25 de julho de 2013

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.


https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/gcat_picc.pdf

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.20 Protocolo de aspiração traqueal

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de aspiração traqueal	Versão: 00
	Folha N°: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A aspiração traqueal é um procedimento que visa manter as vias aéreas pérvias, removendo, de forma mecânica, secreções pulmonares acumuladas, sobretudo em pacientes com via aérea artificial.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de aspiração traqueal em pacientes internados na unidade hospitalar, com eliminação traqueobrônquica prejudicada, com vistas a manter as vias aéreas pérvias, prevenir infecções, otimizar trocas gasosas, e prevenir atelectasias, garantindo a segurança do profissional, do paciente envolvido, obtendo a prevenção de agravo e a redução dos riscos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes hospitalizados com indicação de aspiração traqueal.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Fisioterapeuta; Médico

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente/Executor
1	<p>MATERIAIS</p> <p>Sistema Aberto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonda para aspiração, • Gaze, • 20 mL de solução fisiológica, • Luva estéril e luva de procedimento, • Aspirador, • Frasco coletor de secreções, • Látex estéril, • Estetoscópio, <p>Sistema Fechado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sonda de aspiração Trackecare (calibre compatível), • Sonda uretral, • Seringa de 20 mL • Luva estéril (quando da instalação do sistema), <p>Luva de procedimento</p>	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
2	Avaliar a necessidade de aspiração (aspirar somente se secreção visível; dessaturação, aumento da pressão inspiratória máxima, diminuição do volume corrente, aumento da frequência respiratória, presença de ruídos adventícios na ausculta pulmonar; presença de gráficos serrilhados no ventilador).	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
3	Reunir o material necessário para o procedimento.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
4	Realizar a higienização das mãos.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
5	Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
6	Utilizar EPIs: colocar gorro, avental, máscara, óculos e luvas.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta

7	Oxigenar previamente o paciente somente se necessário.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
8	Abrir a embalagem da sonda de aspiração estéril, expondo primeiro a extremidade para conexão com o tubo de aspiração, conectá-la à extremidade do látex (não retirar a sonda de dentro da embalagem até o momento da aspiração para não a contaminar) e ligar o aspirador.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
9	Calçar luva estéril, segurar o látex com a mão não dominante e a sonda com a mão dominante.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
Aspiração Traqueal em Sistema Aberto		
1	Reunir material necessário: utilizar sonda de aspiração compatível com o número da cânula endotraqueal e em caso de paciente traqueostomizado.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
2	Desconectar o paciente do circuito de oxigenação com a mão não dominante.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
3	Introduzir a sonda de aspiração sem aplicar o vácuo no tubo endotraqueal até encontrar resistência ou o paciente começar a tossir.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
4	Aplicar o vácuo enquanto puxa e gira suavemente o cateter.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
5	Evitar a instilação de soro fisiológico para aspiração do paciente; utilizar apenas se secreção muito espessa.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
6	Reconectar o paciente ao circuito de oxigenação e/ou suporte ventilatório.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
7	Repetir a operação quantas vezes forem necessárias e de acordo com as condições clínicas do paciente, restabelecendo a assistência ventilatória. Observar saturação de oxigênio no oxímetro.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
8	Diminuir pressão do vácuo para realizar aspiração nasofaringe, introduzindo a sonda alternadamente em cada narina, até a faringe, fazendo movimentos circulares com a sonda; aspirar a orofaringe, se necessário, repetindo a operação; se for o caso, aspirar também a cânula de Guedel.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta

9	Desprezar a sonda de aspiração em lixeira para resíduos infectantes.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
10	Lavar a extensão do látex após a aspiração da boca e/ou cânula de Guedel, aplicando soro fisiológico em seu interior.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
11	Proteger ponta do prolongamento do látex em meio estéril após o término do procedimento.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
12	Aferir e manter a pressão do cuff entre 20-30 cmH ₂ O.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
13	Retirar as luvas utilizadas no procedimento.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
14	Realizar ausculta pulmonar após a aspiração para avaliar a eficácia da aspiração.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
15	Organizar a unidade do paciente.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
16	Realizar a higienização das mãos.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
17	Registrar o procedimento em prontuário do Paciente.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
Aspiração Traqueal em Sistema Fechado		
1	Reunir material necessário	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
2	Introduzir a sonda de aspiração sem aplicar o vácuo no tubo endotraqueal até encontrar resistência ou o paciente começar a tossir.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
3	Aplicar o vácuo enquanto puxa e gira suavemente o cateter, atentando para não ultrapassar cerca de 10 (dez) segundos no total do tempo de sucção.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
4	Repetir a operação, quantas vezes foram necessárias e de acordo com as condições clínicas do paciente. Observar saturação de oxigênio no oxímetro.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
5	Evitar a instilação de soro fisiológico para aspiração do paciente; utilizar apenas se secreção muito espessa.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta

6	Diminuir pressão do vácuo para realizar aspiração nasofaríngea, com uma sonda uretral, introduzindo a sonda alternadamente em cada narina, até a faringe, fazendo movimentos circulares com a sonda; aspirar a orofaringe, se necessário, repetindo a operação; se for o caso, aspirar também a cânula de Guedel.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
7	Lavar a extensão do látex após a aspiração da boca e/ou cânula de Guedel, aplicando soro fisiológico em seu interior.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
8	Proteger ponta do prolongamento do látex em meio estéril após o término do procedimento.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
9	Retirar as luvas utilizadas no procedimento.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
10	Realizar ausculta pulmonar após a aspiração para avaliar a eficácia da aspiração.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
11	Aferir e manter a pressão do cuff entre 20-30 cmH ₂ O.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
12	Organizar a unidade e leito do paciente.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
13	Realizar a higienização das mãos.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
14	Registrar o procedimento em prontuário do Paciente.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta

6. SIGLAS

SF0,9% - Soro Fisiológico 0,9%;

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual;

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ACI NSW Agency for clinicalinnovation. IC Manual bestpracticeguidelines for intensivicare. Suctioninganadult ICU Patientwithan Artificial Airway: A ClinicalPracticeGuideline.. Disponível em:

<https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/239554/ACI14_Suction_2-2.pdf>

AMBESH S.P Principles&PracticeofPercutaneousTracheostomy. New Delhi: Jaypee

Brothers Medical Publishers, 2010.

BRUNNER L.S., SMELTZER S.C., BARE B.G., HILKLE J.L., CHEEVER K.V. BrunnerandSuddarth'sTextbookof Medical SurgicalNursing. Twelfthedition. Ambler: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

JERRE G. et al. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. Jornal Brasileiro de Pneumologia, vol. 33, Supl 2, 2007.

RESOLUÇÃO RDC N° 36, de 25 de Julho de 2013

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

ZUÑIGA Q.G.P. Ventilaçãomecânicabásica para enfermeiros. São Paulo: EditoraAtheneu, 2004.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.21 Protocolo de atendimento a parada cardiorrespiratória (PCR)

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFEMAGEM</u>	agir
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de atendimento a parada cardiorrespiratória (PCR)	Versão: 00
	Folha N°: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A Parada cardiorrespiratória (PCR) é a cessação súbita da atividade mecânica do coração. Caracteriza-se por ausência de pulso e ausência de movimentos respiratórios.

2. OBJETIVO

Reverter uma PCR e regularizar o ritmo cardíaco e padronizar a sequência de condutas durante o procedimento. Garantindo a segurança do profissional, do paciente envolvido, obtendo a redução dos riscos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos e adolescentes hospitalizados que se encontra em uma PCR.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico; Fisioterapeuta.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação /Descrição	Agente Executor
1	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamento de proteção individual; • Oxigênio; • Ambu; • Carro de parada cardiorrespiratória para reanimação cardiopulmonar (contendo desfibrilador/monitor para massagem cardíaca, tábua para massagem cardíaca, gel condutor, medicamentos e materiais padronizados pela instituição); • Material para aspiração. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta
2	Reconhecer os sinais imediatos de parada cardiorrespiratória.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
3	Acionar a equipe.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
4	Preparar e reunir todo material	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Fisioterapeuta

5	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
6	Iniciar RCP com massagens cardíacas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
7	Comprimir o tórax, na profundidade de no máximo 5 cm, e frequência de 100 a 120 compressões por minuto (minimizar as interrupções nas compressões torácicas e permitir o retorno total do tórax após cada compressão).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
8	Alternar com a pessoa que aplica as massagens cardíacas a cada 2 minutos.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
9	Ventilar com ambu com frequência de 10 movimentos respiratórios por minuto (uma ventilação a cada seis segundos) com oxigênio a 15 L/min se paciente intubado ou traqueostomizado. Relação compressão/ventilação de 30:2 em pacientes em respiração espontânea.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
10	Conseguir via aérea avançada (TOT ou máscara laríngea).	Médico
11	Realizar acesso venoso (cateter calibroso).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
12	Realizar a monitorização cardíaca.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Administrar medicamentos solicitados pelo médico e logo após fazer um bolus de 20 mL de SF 0,9% e elevar o membro (braço) – se punção periférica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Analisar ritmo cardíaco a cada 2 minutos e checar pulso a cada ciclo.	Enfermeiro/ Médico
15	Ligar e preparar a carga do desfibrilador se solicitado pelo médico.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
16	Aplicar rapidamente o choque elétrico se indicado.	Médico

17	Reiniciar a RCP com compressões imediatamente após cada choque realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
18	Realizar cuidados pós-parada cardiorrespiratória, logo que retorne à circulação espontânea.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
19	Reorganizar a unidade do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
20	Registrar os procedimentos no prontuário do paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem / Médico
21	Repor o carro de parada após reanimação conforme protocolo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

OBSERVAÇÃO:

Ao início do plantão, o enfermeiro da unidade deverá definir qual colaborador assumirá as atribuições dos elementos da escala de atendimento a PCR. A equipe deverá ser composta por 5 pessoas dispostas da seguinte maneira:

- A – Ventilação (vias aéreas) / médico, enfermeiro e fisioterapeuta;
- B – Compressão torácica/ qualquer profissional treinado;
- C – Anotador de medicamentos e de tempo de parada/Técnico de Enfermagem;
- D – Manipulação e administração de medicamentos/Técnico de Enfermagem;
- E – Comando e organização da equipe/ médico.

Atribuições dos elementos A; B; C; D e E:

Elemento	Atribuições	Executor
A	<p>Via aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Providenciar ambu com máscara, micro nebulizador, látex, TOT, cordão para fixação do TOT, luva estéril, seringa de 20ml com bico, fio guia para intubação, jogo de laringo, material para aspiração e respirador. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

B	Compressão torácica: <ul style="list-style-type: none"> Realizar compressão torácica. 	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
C	Apoio/Registros: <ul style="list-style-type: none"> Providenciar acesso venoso calibroso. Registrar horário de início de RCP. Registrar e controlar intervalos de administração de medicamentos. Registrar horário de término de RCP. Quantificar os gastos de materiais e medicamentos 	Técnico de Enfermagem
D	Medicações: <ul style="list-style-type: none"> Puxar e posicionar carro de parada. Preparar e administrar medicamentos. 	Técnico de Enfermagem
E	Líder: <ul style="list-style-type: none"> Comandar e organizar a RCP. Preparar cardioversor / desfibrilador. Monitorizar o paciente. Intercalar com o elemento B. 	Médico

6. SIGLAS

SF0,9% - Soro Fisiológico 0,9%;

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

PCR - Parada Cardiorrespiratória

RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar

TOT - Tubo Orotraqueal

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaque da American Heart Association 2015: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. Acesso em: 28 abr. 2020. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Acesso em: 28 abr. 2020. Disponível em:

<<http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11303/pdf/11303025.pdf>>

RESOLUÇÃO RDC N° 36, de 25 de Julho de 2013

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.22 Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente em ventilação mecânica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: UTI/Emergência	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de cuidados de enfermagem ao paciente em ventilação mecânica	Versão: 00
	Folha N°: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem em ventilação mecânica invasiva, concebidas pelos enfermeiros, respaldam cientificamente a assistência ao paciente em suporte ventilatório invasivo, podendo ser aplicadas em contextos similares. Garantindo assim a segurança do paciente em cuidados intensivos.

2. OBJETIVO

Padronizar a avaliação contínua e sistemática do paciente em ventilação mecânica, evitando ou detectando complicações precocemente, elaborar e executar um plano de cuidados para uma maior qualidade da assistência. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes internados em uso de ventilação mecânica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Explicar ao paciente e acompanhante sobre os procedimentos a serem realizados.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem/
2	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Explicar maneiras de o paciente comunicar utilizando meios alternativos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Manter cabeceira elevada a 30° a 45°, caso não haja contraindicação.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Manter vigilância constante, atentando para os alarmes do ventilador mecânico.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Manter o leito do paciente montado com ambu e aspirador de secreções (sempre checar o funcionamento do vácuo).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Verificar frequentemente o funcionamento do ventilador mecânico, acessórios, os parâmetros ajustados e anotar quaisquer alterações realizadas.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
8	Realizar troca do filtro: – Umidificador: a cada 24h – Trocador de umidade HME: a cada 48h e sempre que necessário.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
9	Realizar exame físico completo.	Enfermeiro
10	Anotar a pressão do cuff de 12/12h. Parâmetro adequado: 25 a 35 cmH ₂ O ou 20 a 25 mmHg.	Enfermeiro/ Fisioterapeuta
11	Verificar o posicionamento adequado da fixação/ posição do TOT.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

12	Registrar modo ventilatório e parâmetros do ventilador mecânico.	Enfermeiro
13	Monitorizar a saturação de oxigênio (SpO ₂) com oximetria de pulso e gasometria arterial.	Enfermeiro
14	Realizar sondagem vesical de demora, sondagem nasogástrica ou nasoenteral se necessário e conforme protocolo institucional.	Enfermeiro
15	Avaliar a radiografia de tórax com equipe médica.	Enfermeiro
16	Atentar para a posição do TOT durante os cuidados prestados (banho no leito, mudança de decúbito, transporte, troca de cordão).	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Manter leito do paciente organizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

HME – Filtros trocadores de calor e umidade

TOT - Tubo Orotraqueal

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

MORRIS, L.L.; WHITMER, A.; McINTOCH, E. Thracheostomy care and complications in the intensive care unit. *Critical Care Nurse*, v. 33, n.5, 2013;

Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Walfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem 2009/2010;

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx x Data

3.23. Protocolo de cateterismo vesical intermitente limpo - CVIL

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de cateterismo vesical intermitente limpo - CVIL	Versão: 00
	Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

O cateterismo vesical intermitente é um método que permite o esvaziamento periódico da bexiga pela introdução de um cateter por meio da uretra, obtendo o esvaziamento da bexiga e alívio imediato do desconforto.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo do procedimento de enfermagem na reeducação vesical. Orientar quanto às técnicas de reeducação vesical realizadas através de cateterismo vesical intermitente limpo (CVIL) assistido ou auto- cateterismo, em pacientes em reabilitação com bexiga neurogênica. Melhorar a segurança do cliente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam do cateterismo vesical intermitente limpo.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Prescrever o CVIL	Médico

2	Explicar para o paciente e/ou familiar às finalidades e importância da reeducação vesical e como proceder em casos de dúvida.	Enfermeiro
3	Explicar, treinar e supervisionar a técnica do CVIL ao paciente/cuidador, caso seja necessário.	Enfermeiro
Material		
1	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Água corrente. • Sabão Líquido. • Gazes limpas. • Seringa de 10ml para sexo masculino, uma unidade para cada horário. • Lubrificante gel hidrossolúvel. • Recipiente ou saco coletor descartável para coletar a urina. • Sonda de nelaton com calibre adequado a idade do paciente. • Luvas de procedimentos (somente quando realizado pela equipe de enfermagem ou cuidador). 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
CVIL Masculino		
4	Separar e organizar material.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Realizar a paramentação adequada dos EPI's com: óculos, Luvas de procedimento, gorro, máscara e capote, luva estéril.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados de acordo com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

8	Retirar roupas íntimas e/ou fralda da criança.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Posicionar o paciente na cama ou maca (facilitar a visualização a genitália).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Utilizando a gaze limpa, água e sabão, realizar a limpeza da região genital, no sentido descendente, com atenção ao meato uretral.	Enfermeiro
11	Calçar luvas de procedimento.	Enfermeiro
12	Injetar no meato uretral de 5 a 10 ml de lubrificante gel hidrossolúvel, segurar por 10 minutos e em seguida introduzir a sonda (a correta lubrificação da uretra masculina evitará traumatismos e formação de fístulas).	Enfermeiro
13	Introduzir a sonda na uretra, segurando em seu terço médio, utilizando a mão dominante até que a urina comece a fluir.	Enfermeiro
14	Manter próximo ao cateter ou já adaptado a este o coletor para receber a diurese, evitando molhar a roupa pessoal e de cama.	Enfermeiro
15	Manter a sonda "in situ" até que a urina pare de fluir, em seguida retirar a mesma devagar, interrompendo a retirada sempre que a urina voltar a fluir (retirar toda a urina residual).	Enfermeiro
16	Retirar as luvas procedimento e realizar a higienização das mãos.	Enfermeiro
17	Realizar higiene das mãos.	Enfermeiro
18	Recolocar as roupas íntimas do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

19	Deixar o leito limpo e organizado e paciente confortável.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
20	Registrar o volume e características da urina e anotar no prontuário do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
CVIL FEMININO		
1	Separar e organizar material necessário deixando-o próximo ao leito do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Realizar a paramentação adequada dos EPI's com: óculos, Luvas de procedimento, gorro, máscara e capote.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados de acordo com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Retirar roupas íntimas e/ou fralda da criança.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Posicionar o paciente na cama ou maca (facilitar a visualização a genitália).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Posicionar paciente na cama, mantendo o tronco com inclinação posterior, 60 graus e os membros inferiores em posição ginecológica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

8	Proceder higienização da genitália “no sentido ântero-posterior” e lubrificação da sonda, conforme descrito acima. Com os dedos indicador e médio da mão auxiliar, afastar os grandes e pequenos lábios, expondo o meato uretral. Com a mão dominante segurar a sonda em seu terço médio e introduzir suavemente na uretra até que a urina comece a fluir.	Enfermeiro
9	Manter próximo ao cateter ou já adaptado a este o coletor para receber a diurese, evitando molhar a roupa da criança e a cama.	Enfermeiro
10	Manter a sonda “in situ” até que a urina pare de fluir, em seguida retirar a mesma devagar, interrompendo a retirada sempre que a urina voltar a fluir (retirar toda a urina residual).	Enfermeiro
11	Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos.	Enfermeiro
12	Recolocar as roupas íntimas e/ou fralda do paciente.	Enfermeiro
13	Deixar o leito limpo e organizado e o paciente confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Registrar o volume e característica da urina e anotar no prontuário do paciente	Enfermeiro

DEFINIÇÕES

A reeducação vesical, ou seja, cateterismo vesical intermitente limpo (CVIL) pode ser executada por enfermeiros, pacientes e cuidadores, sendo uma técnica considerada limpa. É um procedimento mais seguro com menor taxa de complicações e de ITU quando comparado ao cateterismo de demora. Permite ao paciente o esvaziamento da bexiga a intervalos regulares sendo de 4/4hs: 06hs, 10hs, 14hs, 18hs e 22hs, independentemente de ter ocorrido perdas ou diurese espontânea.

Está indicada a todos os pacientes portadores de lesão raquimedulares ou com disfunção neurogênica podendo ser por causas neurológicas ou não neurológicas.

Está contraindicada aos pacientes que apresentarem: estenose de uretra, uretrite ou abscesso periuretral, insuficiência renal aguda, hidronefrose, suspeita de trauma uretral e prostatite aguda.

Bexiga Neurogênica Espástica: A bexiga é pequena em capacidade e exhibe muitas contrações rítmicas desinibidas. Entretanto, apesar destas contrações, o esvaziamento efetivo da bexiga não é realizado.

Bexiga Neurogênica Flácida: Não há nenhum controle reflexo ou voluntário da bexiga. A pressão vesicular e urina residual são grandes.

Intercorrências: Infecção urinária, edema e irritação da região genital, fístulas e traumatismos na uretra.

Observação: A técnica da cateterização assistida segue os mesmos princípios da técnica do autocateterismo, sendo esta executada por familiares treinados.

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual;

CVIL - Cateterismo vesical intermitente limpo;

ITU – Infecção do Trato Urinário.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Ercole FE, Macieira TGR, Wenceslau LCC, Martins AR, Campos CC, Chianca TCM, Revisão Integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. Rev. Latino-Am.enfermagem;

CÂMARA, F.R. Cateterismo vesical: Enfoque urológico. UNESP, 2009. EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY NURSES. Evidence based Guidelines for best practice in urological health care. Catheterisation indwelling catheters in adults urethral and suprapubic. 2012;

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY NURSES. Evidence based Guidelines for best practice in urological health care. Catheterisation urethral intermittent in adults. Dilatation, urethral intermittent in adults. 2013.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.24. Protocolo de sondagem vesical de alívio

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de sondagem vesical de alívio		Versão: 00
		Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A sondagem vesical de alívio, é um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra, a fim de drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de enfermagem de sondagem vesical de alívio. Reduzir os episódios de infecção do trato urinário, associado ao cateter, esvaziamento da bexiga em casos de retenção urinária, coletar amostra de urina para exames e administração de medicamentos via vesical. Melhorar a segurança do cliente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam da sondagem vesical de alívio

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/ Descrição	Agente Executor
1	Verificar no prontuário a prescrição da sondagem vesical.	Enfermeiro
2	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja de cateterismo vesical estéril; • Sonda uretral de calibre adequado para idade; • Luva estéril; • Solução antisséptica degermante e aquosa; • Seringa de 20 ml; • Xilocaína gel; • Saco coletor graduado; • Luvas de procedimento; 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, nome da mãe, bem como conferir os dados de acordo com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro

4	Realizar higienização das mãos, conforme POP 013.	Enfermeiro
5	Realizar a paramentação com os EPIs: máscara, capote estéril, gorro, óculos, luva estéril.	Enfermeiro
6	Reunir material e levá-lo para junto do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Orientar o paciente e o acompanhante da criança, quanto o procedimento e sua finalidade.	Enfermeiro
8	Proporcionar a privacidade do paciente, utilizar biombo.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Posicionar a paciente sexo feminino em posição ginecológica; e o sexo masculino em posição dorsal.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Higienizar as mãos, calçar as luvas de procedimento, realizar higiene íntima do paciente conforme técnica adequada.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
11	Retirar as luvas de procedimento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
13	Abrir a bandeja de cateterismo e todo material necessário na técnica asséptica. Calçar Luvas estéreis.	Enfermeiro
14	Na menina: Realizar antisepsia utilizando a clorexidina degermante 2% e posteriormente a clorexidina aquosa 0,2%. Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar pequenos e grandes lábios a fim de visualizar o meato uretral. Utilizar pinça com gaze para realizar a antisepsia. Aplicar a gaze com movimento único e firme nos grandes lábios, no sentido ântero-posterior, trocando a gaze a cada movimento. Após afastar os pequenos lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador, proceder a antisepsia do meato uretral.	Enfermeiro
15	Colocar o campo fenestrado.	Enfermeiro
16	Pegar a sonda com a outra mão deixando a ponta da sonda protegida no campo.	Enfermeiro

17	Lubrificar a ponta da sonda com xilocaína.	Enfermeiro
18	Introduzir a sonda na uretra até haver retorno da diurese.	Enfermeiro
19	Deixar a sonda drenando no saco coletor até o cessar da diurese e medir o débito.	Enfermeiro
20	Retirar a sonda após o término, puxando-a de forma contínua e lenta.	Enfermeiro
21	Recolher o material, organizar o ambiente.	Enfermeiro
22	Retirar as luvas.	Enfermeiro
23	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro
24	Deixar o paciente confortável.	Enfermeiro
25	Registrar no prontuário: hora do cateterismo, características da diurese e volume drenado.	Enfermeiro
26	No menino: Segurar o pênis com uma gaze (mão não dominante), mantendo-o perpendicular ao abdome (ângulo de 60 a 90°). Realizar assepsia utilizando a clorexidina degermante 2% e posteriormente a aquosa 0,5%. Realizar limpeza da região pubiana ao redor do pênis. Higienizar a parte externa do pênis segurando e expondo a glândula fazendo movimentos circulares de cima para baixo. Afastar o prepúcio e segurar o pênis com os dedos indicador e médio perpendicularmente ao corpo. Realizar a antisepsia do pênis com Clorexidina aquosa, iniciando pelo meato uretral com movimentos circulares em direção a base, repetir o procedimento 3 vezes.	Enfermeiro
27	Manter a mão não dominante segurando o pênis.	Enfermeiro
28	Colocar o campo fenestrado.	Enfermeiro
29	Pegar a sonda com a outra mão deixando a ponta da sonda protegida no campo.	Enfermeiro

30	Injetar 5ml a 10ml do lubrificante hidrossolúvel gel com seringa de 20ml no meato uretral. Pinçar levemente com os dedos polegar e indicador a glândula para não haver refluxo do lubrificante.	Enfermeiro
31	Introduzir a sonda na uretra até haver retorno da diurese.	Enfermeiro
32	Deixar a sonda drenando no saco coletor até o cessar da diurese e medir o débito.	Enfermeiro
33	Retirar a sonda após o término, puxando-a de forma contínua e lenta.	Enfermeiro
34	Recolher o material, organizar o ambiente.	Enfermeiro
35	Retirar as luvas.	Enfermeiro
36	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro
37	Deixar o paciente confortável.	Enfermeiro
38	Registrar no prontuário procedimento realizado, junto com horário do cateterismo, características da diurese e volume drenado e intercorrências caso haja necessidade.	Enfermeiro

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual;

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POP do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Depto de Enfermagem. Governo do Estado do Rio Grande do Norte 2009/2010;

Archer et al; Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza-RJ: Guanabara Koogan, 2005;

Fischbach, Frances Talaska. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnóstico. RJ: Guanabara Koogan, 2005.

Brasileiro, M.S.E.; Melo, L.I.S.G. Procedimentos Operacionais Padrão. Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem. AB Editora. Goiânia, 2013.

Perry, A.E; Potter, P.A.; Elkin, M.K. Procedimentos e Intervenções de Enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2013.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.25. Protocolo de sondagem vesical de demora

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de sondagem vesical de demora	Versão: 00
	Folha Nº: 1/7

1. INTRODUÇÃO

A sondagem vesical de demora, é um procedimento estéril que consiste na introdução de uma sonda até a bexiga, através da uretra, com a finalidade de facilitar a drenagem da urina, inserir medicação ou líquido, com tempo de permanência longo (pode variar de dias a meses).

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de enfermagem de sondagem vesical de demora. Aliviar a distensão da bexiga causada por retenção urinária, possibilitar drenagem urinária contínua. Melhorar a segurança do cliente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados pediátricos e adolescentes que necessitam da sondagem vesical de demora.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
Feminino		
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Cateter urinário de demora estéril (látex ou silicone 6 a 24 fr, o diâmetro mais usado em pediatria é de 6 a 14fr). • Bandeja de cateterismo/ seringa de 20ml ou 10 ml; • Água destilada 20 ml; • Clorexidina degermante e aquosa; • Bolsa coletora sistema fechado; • Lubrificante hidrossolúvel estéril (xilocaína gel) e gaze estéril; • Esparadrapo ou fita micropore (fixação); • EPI's: máscara, luva de procedimento e estéril, capote, óculos e gorro. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Verificar prescrição médica solicitando o procedimento.	Enfermeiro
3	Realizar a conferência da identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação. (Nome completo, data de nascimento, nome da mãe e número do prontuário).	Enfermeiro
4	Explicar o procedimento ao paciente e ou familiar.	Enfermeiro
5	Proporcionar privacidade a paciente, usar biombos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Reunir os materiais que serão utilizados.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

8	Paramentar-se na técnica asséptica. Utilizando os EPIs: Máscara, Luva de Procedimento e Estéril, Capote, Óculos e Gorro.	Enfermeiro
9	Colocar a paciente em posição ginecológica, protegendo-a com biombos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
10	Abrir a bandeja de cateterismo e todo o material, na técnica asséptica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Testar balonete da Sonda	Enfermeiro
12	Conectar sonda a bolsa coletora.	Enfermeiro
13	Realizar antissepsia da uretra utilizando a clorexidina degermante 2% e posteriormente a clorexidina aquosa 0,2%. Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar pequenos e grandes lábios a fim de visualizar o meato uretral. Utilizar pinça com gaze para realizar a antissepsia. Aplicar a gaze com movimento único e firme nos grandes lábios, no sentido anteroposterior, trocando a gaze a cada movimento. Após afastar os pequenos lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador, proceder a antissepsia do meato uretral.	Enfermeiro
14	Certificar-se que o clampe no portal de esvaziamento de urina da bolsa de drenagem está fechado, para prevenir vazamento de urina da bolsa.	Enfermeiro
15	Colocar o campo fenestrado no períneo e aproximar (sonda conectada a bolsa coletora, seringa com água destilada, e gaze embebida com xilocaína gel).	Enfermeiro
16	Lubrificar a sonda com xilocaína gel.	Enfermeiro
17	Comunicar a paciente quanto a introdução da sonda.	Enfermeiro
18	Afastar os grandes e pequenos lábios com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril para expor o meato uretral, em seguida com a mão dominante, introduzir toda a extensão da sonda lubrificada e verificar o retorno urinária pelo coletor de urina.	Enfermeiro

19	Insuflar o balonete com 8 a 12 ml de Água destilada. Não insuflar o balão, caso não tenha certeza que está na posição certa; evitando assim, trauma de uretra.	Enfermeiro
20	Tracionar a sonda, até sentir que a mesma ficou ancorada pelo balonete no trígono vesical.	Enfermeiro
21	Retirar campo fenestrado.	Enfermeiro
22	Fixar a sonda em região interna da raiz da coxa.	Enfermeiro
23	Identificar bolsa coletora com etiqueta, conforme protocolo. Atentando-se para os descritores de identificação do paciente (nome completo, data de nascimento e nome completo da mãe). E fixá-la em suporte específico na cama em nível inferior à bexiga. Não deixar que a bolsa encoste no chão.	Enfermeiro
24	Realizar marcação da bolsa coletora com pincel vermelho específico indicando o limite. (Limite de 1000ml)	Enfermeiro
25	Organizar o ambiente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
26	Colocar paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
27	Retirar as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
28	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
29	Registrar o procedimento em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
MASCULINO		

1	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cateter urinário de demora estéril (látex ou silicone 6 a 24 fr, o diâmetro mais usado em pediatria é de 6 a 14fr). • Bandeja de cateterismo/ seringa de 20ml ou 10 ml; • Água destilada 20 ml; • Clorexidina degermante e aquosa; • Bolsa coletora sistema fechado; • Lubrificante hidrossolúvel estéril (xilocaína gel) e gaze estéril; • Espardrapo ou fita micropore (fixação); • EPI's: máscara, luva de procedimento e estéril, capote, óculos e gorro. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Verificar prescrição médica solicitando o procedimento.	Enfermeiro
3	Realizar a conferência da identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação. (Nome completo, data de nascimento e número do prontuário).	Enfermeiro
4	Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou familiar.	Enfermeiro
5	Proporcionar privacidade a paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Reunir material que será utilizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Realizar higienização das mãos	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Paramentar-se na técnica asséptica. Utilizando os EPIs: Máscara, Luva de Procedimento e Estéril, Capote, Óculos e Gorro.	Enfermeiro
9	Colocar o paciente em posição dorsal, protegendo-o com lençol.	Técnico de Enfermagem
10	Abrir a bandeja de cateterismo e todo o material, na técnica asséptica.	Técnico de Enfermagem

11	Não testar balonete da Sonda, esta técnica não é mais recomendada devido a formação de sulcos potencializando a causa de traumatismo durante a inserção	Enfermeiro
12	Conectar sonda a bolsa coletora	Enfermeiro
13	Certificar-se que o clampe no portal de esvaziamento de urina da bolsa de drenagem está fechado, para prevenir vazamento de urina da bolsa.	Enfermeiro
14	Segurar o pênis com uma gaze (mão não dominante), mantendo-o perpendicular ao abdome (ângulo de 60 a 90°).	Enfermeiro
15	Realizar assepsia utilizando a clorexidina degermante 2% e posteriormente a aquosa 0,5%. Realizar limpeza da região pubiana ao redor do pênis. Higienizar a parte externa do pênis segurando e expondo a glândula fazendo movimentos circulares de cima para baixo. Afastar o prepúcio e segurar o pênis com os dedos indicador e médio perpendicularmente ao corpo. Realizar a antisepsia do pênis com Clorexidina aquosa, iniciando pelo meato uretral com movimentos circulares em direção a base, repetir o procedimento 3 vezes.	Enfermeiro
16	Colocar o campo fenestrado no períneo e aproximar (sonda conectada a bolsa coletora, seringa com água destilada, e gaze embebida com xilocaína gel). Mantendo a mão não dominante segurando o pênis.	Enfermeiro
17	Injetar 8ml do lubrificante hidrossolúvel gel com seringa de 20ml no meato uretral. Pinçar levemente com os dedos polegar e indicador a glândula para não haver refluxo do lubrificante.	Enfermeiro
18	Comunicar o paciente quanto a introdução da sonda	Enfermeiro
19	Introduzir toda a extensão da sonda e verificar o retorno urinário pelo coletor.	Enfermeiro
20	Insuflar o balonete com 1,5 a 15 ml de Água destilada (de acordo com o tamanho da sonda). Não insuflar o balão, caso não tenha certeza que está na posição certa; evitando assim, trauma de uretra.	Enfermeiro

21	Tracionar a sonda, até sentir que a mesma fique ancorada pelo balonete no trígono vesical.	Enfermeiro
22	Retirar campo.	Enfermeiro
23	Fixar a sonda em região inguinal ou suprapúbica do paciente, tendo o cuidado de não a deixar tracionada.	Enfermeiro
24	Identificar bolsa coletora com etiqueta, conforme protocolo. Atentando-se para os descritores de identificação do paciente (nome completo, data de nascimento e nome completo da mãe). E fixá-la em suporte específico na cama em nível inferior à bexiga. Não deixar que a bolsa encoste no chão.	Enfermeiro
25	Realizar marcação da bolsa coletora com pincel vermelho específico indicando o limite.	Enfermeiro
26	Organizar o ambiente, deixar o leito limpo e organizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
27	Colocar paciente em posição confortável.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
28	Retirar as luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
29	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
30	Registrar o procedimento em prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual;

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POP do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel - Depto de Enfermagem. Governo do Estado do Rio Grande do Norte 2009/2010.

Archer et al; Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza-RJ: Guanabara Koogan, 2005.

Fischbach, Frances Talaska. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnóstico. RJ: Guanabara Koogan, 2005.

Brasileiro, M.S.E.; Melo, L.I.S.G. Procedimentos Operacionais Padrão. Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem. AB Editora. Goiânia, 2013.

Perry, A.E; Potter, P.A.; Elkin, M.K. Procedimentos e Intervenções de Enfermagem. Elsevier. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. Anexos

Não se aplica.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.26. Protocolo de sondagem Nasogátrica (SNG) e sondagem Nasoentérica (SNE)

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de sondagem Nasogátrica (SNG) e sondagem Nasoentérica (SNE)	Versão: 00
	Folha N°: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A sondagem nasogátrica/orogátrica (inseridas pelo nariz ou boca, respectivamente) é utilizada com a finalidade de descompressão gástrica; diagnosticar a motilidade intestinal; administrar medicamentos e alimentos; tratar uma obstrução ou um local com sangramento e obter conteúdo gástrico para análise.

A sondagem nasoenteral é realizada quando a alimentação pela via oral sofre redução importante ou a ingestão alimentar é insuficiente para a nutrição do paciente tornando-se assim necessária a terapia de nutrição enteral.

2. OBJETIVO

Padronizar a técnica de passagem de sonda nasogástrica e nasoenteral, melhorando a segurança do cliente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO-ALVO


Pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam da sondagem nasogástrica ou sondagem nasoenteral.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Máscara; • Luvas de procedimento; • Sonda nasogástrica ou SNE de tamanho adequado; • Anestésico gel a 2%; • Fita adesiva; • Seringa de 10 ou 20 ml; • Estetoscópio; • Gazes; • Esparadrapo. 	Enfermeiro
2	Organizar todo o material e higienizar as mãos.	Enfermeiro
3	Orientar paciente/cuidador sobre o procedimento.	Enfermeiro
4	Investigar junto ao paciente/cuidador história de obstrução nasal ou problemas de septo e verificar a melhor permeabilidade nasal. Avaliar presença de situações que exijam sonda orogástrica como trauma nasal e fraturas de base de crânio.	Enfermeiro

5	Colocar o paciente em posição semi-fowler (30° - 45°). 	Enfermeiro
6	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro
7	Calçar as luvas de procedimento.	Enfermeiro
8	Medir o comprimento necessário da sonda usando-a como fita de medida: Para sondagem gástrica: Medir a distância da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, e depois até o apêndice xifoide. Marcar a sonda com fita fina de esparadrapo. Para sondagem entérica (finalidade de alimentação): Medir da ponta do lóbulo da orelha, depois até o apêndice xifoide, e posteriormente até a cicatriz umbilical	Enfermeiro
9	Lubrificar a ponta da sonda, colocando lidocaína gel.	Enfermeiro
10	Inclinar levemente a cabeça da criança para frente, inserir a sonda na narina mais permeável.	Enfermeiro
11	Paciente inconsciente, introduzir lentamente a sonda, sem forçar. Enquanto inserir a sonda manter a cabeça e o pescoço da criança inclinado para frente. Paciente consciente e pode senti-la na faringe, instruí-lo a realizar movimentos de deglutição (engolir a sonda), ou oferecer pequenos goles de água (se paciente consciente).	Enfermeiro
12	Inserir a sonda mais profundamente enquanto o paciente engole (se o paciente tossir ou a sonda enrolar na garganta removê-la e repetir a operação).	Enfermeiro

13	<p>Quando a marca de esparadrapo na sonda alcançar a entrada da narina, parar de introduzi-la e checar o posicionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitar ao paciente para abrir a boca e examinar a cavidade oral para visualização da sonda. - Conectar na sonda a seringa com 5 a 10ml de ar e injetar o ar, auscultando o estômago com estetoscópio; a detecção de som borbulhante sugere presença da sonda no estômago. - Fixar a sonda com esparadrapo, ou fixador próprio ou cordão (se presença de lesão em face). - Paciente agitado realizar dupla fixação (nasal e em face) para minimizar migração/avulsão da sonda. - Realizar monitorização periódica e troca diária da <u>fixação</u>. 	Enfermeiro
14	Registrar no prontuário a data da colocação, número da sonda, nome do colaborador e matrícula, identificar a sonda com data e nome de quem .	Enfermeiro
15	Obter uma requisição para Raio-X simples de abdômen e não administrar alimentos ou medicamentos através da sonda até a confirmação da localização correta da mesma e liberação médica.	Enfermeiro
16	Remover o fio guia da SNE após confirmação radiológica da sonda.	Enfermeiro
17	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro
18	Comunicar ao serviço de nutrição a liberação da dieta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
19	Iniciar a alimentação pela sonda conforme prescrição e orientar o paciente ou acompanhante quanto aos cuidados com nutrição enteral e posicionamento no leito durante administração da dieta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual;

SNE – Sonda Nasogástrica

SNG – Sonda Nasoenteral

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SANTOS.C.V.O. Validação do método preditivo para introdução da sonda nasogástrica na alimentação em adultos. 2016. 137f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2016.

THOMSEN, T.W., SHAFFER, R.W., SETNIK, G.S. Nasogastric intubation. The New England Journal of Medicine, v. 345, n. 17, 2006.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.27. Protocolo de sondagem retal e lavagem intestinal

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de sondagem retal e lavagem intestinal		Versão: 00 Folha N°: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Procedimento realizado para diminuir a absorção/exposição de agentes tóxicos (por ingestão de alimentos ou medicamentos) por medidas de promover a diminuição da absorção intestinal, bem como drenar secreções irritantes à mucosa gástrica como sangue.

2. OBJETIVO

Padronizar a técnica de passagem de sonda retal e lavagem intestinal, melhorando a segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

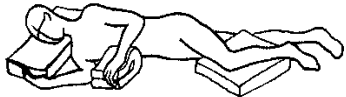
Pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam da sondagem retal e/ou lavagem intestinal.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Estetoscópio; • Proteção para roupa de cama contra derramamentos; • Lençol; • Lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel); • Sonda retal; • Recipiente (como uma cuba rim, saco plástico); • Esparadrapo; • Luvas de procedimento não estéril. 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Realizar higienização das mãos e paramentar-se com EPIs: gorro, máscara, óculos, capote não estéril, luva de procedimento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Preparar o material e levá-lo para junto do leito do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Explicar o procedimento ao paciente/ cuidador, solicitando e incentivando sua colaboração.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Promover a privacidade do paciente, colocar biombos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Verificar se há distensão abdominal usando estetoscópio para ausculta de sons intestinais.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

8	Colocar a proteção para roupa de cama, contra derramamento, por baixo das nádegas do paciente para absorção de qualquer drenagem que possa vazar da sonda.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Colocar o cliente na posição esquerdo lateral de Sims para facilitar a inserção da sonda retal. 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Calçar as luvas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
11	Manter as nádegas do paciente cobertas, mantendo assim a privacidade.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Lubrificar a ponta da sonda retal com lubrificante hidrossolúvel, para facilitar a inserção e prevenir irritação retal.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
13	Inserir a ponta da sonda retal no ânus empurrando-a no reto por 5 a 10 cm direcionando a sonda para a cicatriz umbilical ao longo do curso anatômico do intestino grosso.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
14	Usar esparadrapo para prender a sonda ao recipiente para a coleta de possível vazamento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
15	Limpar o paciente e substituir a roupa de cama suja e a proteção para a roupa de cama contra derramamentos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
16	Certificar-se de que o cliente está se sentindo tão confortável quanto possível e verificar novamente se existe distensão abdominal auscultando sons intestinais.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
17	Anotar data e hora de inserção e retirada da sonda.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
18	Anotar volume, cor e consistência de qualquer matéria eliminada.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
19	Registrar as condições do abdome durante o procedimento. Ex.: Rígido, flácido, distendido, timpânico.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
20	Promover conforto ao paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

21	Retirar as luvas de procedimento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
22	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
23	Realizar anotação no prontuário, tais como: horário, volume infundido e drenado, aspecto e reações do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
24	Notificar NQSP, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual;

NQSP – Núcleo de segurança do paciente.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão do Governo do Estado do Rio Grande do Norte. Secretaria de Saúde Pública do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Departamento de Enfermagem. Maio/2010.


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.28. Protocolo de soroterapia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
--	---

Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de soroterapia	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A soroterapia é uma técnica realizada para restaurar e manter o equilíbrio hidro eletrolítico.

2. OBJETIVO

Padronizar a técnica de infusão para soroterapia, melhorando a segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam de soroterapia.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ações/Descrição	Agente Executor
1	Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Rótulo de soro devidamente identificado conforme protocolo; • Frasco com solução prescrita; • Ampolas de solução (se prescritas); • Algodão; • Álcool 70%; • Seringa; • Agulha; • Equipo de soro (macrogotas, microgotas ou bomba). 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Conferir identificação do paciente: nome completo, data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito antes de realizar o procedimento.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

3	Realizar leitura da prescrição médica, com atenção, e transcrever a composição do soro para o rótulo devidamente identificado conforme protocolo.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Realizar higienização das mãos e paramentação com EPIs: máscara, gorro e luva de procedimento	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Organizar os materiais.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Proceder desinfecção com algodão e álcool 70% da ponta do soro e das ampolas caso prescrito, quebrando/abrindo as mesmas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Aspirar os componentes, sem contaminar, e colocar no frasco.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Conectar o equipo.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Retirar o ar, pinçar e proteger a extremidade do equipo.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Fixar o rótulo devidamente preenchido.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
11	Datar o equipo.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Organizar o material e levar até o paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
13	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
14	Orientar o paciente acerca da medicação a ser infundida.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
15	Conectar o equipo ao acesso venoso, verificando sua permeabilidade	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
16	Ajustar o gotejamento fazendo a contagem durante um minuto, conforme prescrição médica, se equipo macrogotas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

17	Se houver recusa de medicação, anotar no prontuário e avisar a equipe médica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
18	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
19	Checar a prescrição e registrar o procedimento em prontuário. Se houver recusa do paciente, registrar em prontuário e avisar equipe médica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de proteção Individual;

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Protocolo de aplicação de calor Hospital Monsenhor Walfredo Gurge Departamento de Enfermagem. Revisado em maio de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

8. ANEXOS

8.1 Observações:

Realizar a troca do equipo e punção a cada 96h;


Se não for prescrito o gotejamento, calcular de acordo com a fórmula:

n° de gotas/min = $\frac{\text{VOLUME TOTAL}}{\text{n}^\circ \text{ horas} \times 3}$

n° de microgotas/min ou ml/h = $\frac{\text{VOLUME TOTAL}}{\text{n}^\circ \text{ horas}}$

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.29. Protocolo de sistematização da assistência de enfermagem

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de sistematização da assistência de enfermagem	Versão: 00
	Folha N°: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um direcionamento do Processo de Enfermagem, onde ocorre o desenvolvimento e organização do trabalho da equipe pela qual o enfermeiro é responsável.

2. OBJETIVO

Identificar as necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação pelo enfermeiro do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

Padronizar o preenchimento e a forma de anamnese para a realização da SAE, realizando um alinhamento de ações e garantindo assim uma melhora na a segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro;

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
Evolução		
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Prontuário eletrônico; • Prescrição médica; • Exames solicitados. 	Enfermeiro

2	Realizar a análise das respostas do paciente frente aos cuidados de enfermagem nas 24 horas.	Enfermeiro
3	Realizar evolução diariamente após visita diária aos leitos.	Enfermeiro
4	Realizar a evolução antes da prescrição de enfermagem.	Enfermeiro
5	Destacar problemas de enfermagem levantados.	Enfermeiro
6	Seguir roteiro de sequência.	Enfermeiro
7	Assinar e carimbar a evolução. Se prontuário eletrônico realizar assinatura eletrônica.	Enfermeiro
Roteiro		
8	Avaliar dias de internação, diagnóstico médico de base, motivo da internação.	Enfermeiro
9	Avaliar dias de pós-operatório e tipo de cirurgia, quando for o caso.	Enfermeiro
10	Avaliar atividade física permitida (repouso).	Enfermeiro
11	Avaliar dependência para higiene e alimentação.	Enfermeiro
12	Realizar avaliação dos sinais vitais das últimas 24 horas.	Enfermeiro
13	Realizar avaliação da aceitação alimentar.	Enfermeiro
14	Realizar avaliação da diurese.	Enfermeiro
15	Realizar avaliação da função intestinal.	Enfermeiro
16	Realizar exame físico em comparação ao dia anterior.	Enfermeiro
17	Avaliar os resultados dos exames laboratoriais.	Enfermeiro
18	Avaliar exames especiais e/ou intervenções cirúrgicas.	Enfermeiro
19	Conferir medicações prescritas.	Enfermeiro
20	Avaliar necessidades espirituais expressas pelo paciente.	Enfermeiro

21	Avaliar participação da família no tratamento.	Enfermeiro
22	Avaliar as queixas do paciente.	Enfermeiro
23	Avaliar e definir os riscos, conforme protocolos de segurança do paciente.	Enfermeiro
Prescrição de Enfermagem		
24	Avaliar roteiro diário das ações, intervenções ou cuidados de enfermagem que deverão ser prestados ao paciente nas 24 horas.	Enfermeiro
25	Realizar prescrição diária, complementar e de alta do paciente.	Enfermeiro
26	Deverá contemplar os problemas identificados na visita diária ao paciente.	Enfermeiro
27	Deverá responder: o quê, como e quando.	Enfermeiro
28	Utilizar o verbo no infinitivo que indique o grau de dependência da enfermagem. Ex: ajudar, orientar, auxiliar, etc.	Enfermeiro
30	Estabelecer a hora para a caracterização de prioridade na execução dos cuidados.	Enfermeiro
31	Ser conciso, claro e específico.	Enfermeiro
32	Checar os itens executados.	Enfermeiro
33	Assinar e carimbar a prescrição. Se prontuário eletrônico realizar assinatura eletrônica.	Enfermeiro

Observações: Na Unidade de Pronto Atendimento a SAE deverá ser aplicada somente para os pacientes nas observações.

7. SIGLAS

SAE – Sistematização da assistência de enfermagem;

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Procedimento Operacional Padrão do governo do Estado do Rio grande do Norte, Secretaria de Saúde Pública, Hospital monsenhor Walfredo Gurgel – Departamento de Enfermagem2009/2010. www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/297.doc.

9. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.30. Protocolo de aplicação de calor

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de aplicação de calor	Versão: 00
	Folha N°: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A termoterapia consiste na aplicação ou retirada do calor corporal para fins terapêuticos.

2. OBJETIVO

- Aumentar metabolismo tecidual;
- Reduzir a dor causada pelo espasmo muscular;
- Diminuir congestão nos órgãos e vísceras internas
- Padronizar as técnicas de aplicação do calor, garantindo assim uma maior eficiência e melhora na segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Termômetro. • Compressa. • Fita adesiva ou atadura de gaze. • Protetor impermeável. • Luvas. • Bolsa térmica. • Para bolsa de água quente: • Água quente. • Jarra. • Protetor impermeável. • Para compressas e ou emplastro quente: (estéril ou não estéril): • Água destilada ou outra solução prescrita. 	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
2	Informar o paciente/ cuidador sobre o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
3	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
4	Reunir o material na bandeja e levá-la próximo ao paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
5	Colocar água quente em uma jarra e medir temperatura da água com o termômetro.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
6	Ajustar temperatura, entre 40,6 e 46,1°C para crianças menores de 2 anos e entre 46,1 e 51,7°C para maiores de 2 anos. Cuidado com a pele do lactente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
7	Despejar a água quente dentro da bolsa, enchendo a até a metade ou dois terços.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
8	Pressionar a bolsa até que a água atinja a borda para expelir todo o ar que possa tornar a bolsa menos flexível e diminuir a condução de calor.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

9	Apertar a tampa.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
10	Cobrir a bolsa com um tecido impermeável.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
11	Prender essa cobertura com fita adesiva ou atadura de gaze.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
12	Verificar prescrição médica e avaliar a condição do paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
13	Explicar o procedimento ao paciente, orientando-o para não se inclinar ou deitar diretamente sobre o dispositivo de aquecimento, para não reduzir o espaço de ar e aumenta o risco de queimaduras.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
14	Orientar o paciente a relatar imediatamente qualquer dor, e se necessário remover o dispositivo.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
15	Oferecer privacidade ao paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
16	Certificar de que o quarto esteja aquecido e livre de correntes de ar.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
17	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
18	Verificar os sinais vitais do paciente em parâmetros basais.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
19	Expor apenas a área de tratamento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
20	Testar a temperatura e a distribuição do calor do dispositivo de aquecimento, pressionando-o contra a face interna do seu antebraço.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
21	Aplicar o dispositivo a área de tratamento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
22	Prender o dispositivo com fita adesiva ou atadura gaze.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

23	Começar a marcar o tempo de aplicação.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
24	Avaliar frequentemente a condição cutânea do paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
25	Retirar o dispositivo caso observe alterações.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
26	Retirar o dispositivo após 10 a 20 minutos da aplicação, ou de acordo com a prescrição.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
27	Secar a pele do paciente com uma toalha.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
28	Cobrir o local, se necessário.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
29	Verificar a temperatura, o pulso, e a frequência respiratória do paciente para comparação com valores basais	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
30	Manter paciente em posição confortável no leito.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
31	Guardar material no leito do paciente, caso o procedimento seja repetido ou guardá-lo em local adequado, após lavagem com água e sabão e secá-lo com pano limpo.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
32	Registrar o procedimento no relatório de enfermagem.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
33	Compressa e ou emplastro quente	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
34	Encher uma tigela ou cuba com água quente ou outra solução.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
35	Medir a temperatura do líquido com termómetro.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
36	Ajustar a temperatura em 45°C para maiores de 2 anos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
37	Embeber a compressa ou o emplastro no líquido aquecido.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

38	Colocar protetor de lenções sob o local.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
39	Remover a compressa ou o emplastro quente da tigela ou cuba.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
40	Espremer o excesso de solução da compressa ou emplastro. Umidade em excesso aumenta o risco de queimaduras.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
41	Aplicar a compressa delicadamente no local afetado. Após alguns segundos, levante a compressa e verifique se a pele apresenta vermelhidão excessiva, maceração ou bolhas.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
42	Aplicar uma cobertura impermeável a compressa. Fixe-a com fita adesiva ou atadura de gaze para evitar que se desloque.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
43	Começar a marcar o tempo de aplicação.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
44	Verificar a pele do paciente a cada 5 minutos com relação à tolerância do tecido.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
45	Trocar a compressa sempre que necessário, para manter a temperatura correta.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
46	Retirar a compressa sempre que necessário, para manter a temperatura correta.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
47	Retirar a compressa após 15 a 20 minutos de aplicação ou de acordo com a prescrição. Descarte a compressa em saco de lixo impermeável.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
48	Secar a pele do paciente com uma toalha.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
49	Registrar em prontuário as condições da pele e a vermelhidão da área.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
50	Verificar a temperatura, o pulso e a frequência respiratória do paciente para comparação com valores basais.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
51	Verificar se o paciente está confortável.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

52	Anotar a data e a hora da aplicação de calor, o tipo de dispositivo, a temperatura ou regulação de calor, a duração e o local de aplicação, a temperatura, o pulso, a frequência respiratória e a condição da pele do paciente antes, durante e após o tratamento, sinais de complicação e tolerância do paciente ao tratamento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
53	Caso o paciente esteja anestesiado, inconsciente, com comprometimento neurológico, ou insensível ao calor, permaneça junto dele durante todo tratamento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
54	Como aplicação direta do calor pode causar danos aos tecidos, monitore cuidadosamente a temperatura da compressa.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POTTER, P. Fundamentos de Enfermagem. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009;


Protocolo de aplicação de calor Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Departamento de Enfermagem. Revisado em maio de 2010;

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.31. Protocolo de aplicação de frio

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de aplicação de frio	Versão: 00
	Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

A aplicação fria é realizada através de bolsa de gelo e de compressas geladas, para fins terapêuticos.

2. OBJETIVO

- Inibir a circulação local, a supuração e o metabolismo tissular;
- Avaliar a congestão vascular;
- Diminuir atividades bacterianas em infecções;
- Pode atuar como anestésico temporário durante procedimentos dolorosos rápidos;
- Reduzir e prevenir edemas;
- Diminuir sangramentos;
- Diminuir espasmos musculares.

Padronizar as técnicas de aplicação fria, garantindo assim uma maior eficiência e melhora na segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsa de gelo. • Luva de procedimento. • Compressa. • Fita adesiva ou atadura gaze. • Embalagens produtoras de frio, seladas, reutilizáveis, cheias com uma solução alcoólica (podem ser congeladas até sua utilização e, após desinfecção exterior, podem ser recongeladas e utilizadas novamente). 	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
2	Selecionar um dispositivo de tamanho adequado, encha-o com água fria e verifique se não há vazamentos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
3	Esvaziar em seguida e encha-o com gelo moído até a metade. Pequenos pedaços de gelo facilitam que o dispositivo se ajuste ao corpo do cliente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
4	Espremer o dispositivo para expelir o ar, que pode reduzir a condução.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
5	Apertar a tampa e seque qualquer umidade do lado exterior do dispositivo.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
6	Envolver a bolsa em uma cobertura impermeável e fixe com fita adesiva ou atadura de gaze. A cobertura evita traumatismo dos tecidos e absorve a condensação.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
7	Orientar o paciente e o acompanhante a respeito do procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
8	Preparar o ambiente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
9	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
10	Colocar biombo próximo ao leito, abaixar as grades do leito.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
11	Proteger o local da aplicação da bolsa com uma compressa.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

12	Colocar o dispositivo de frio coberto sobre o lugar do tratamento.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
13	Iniciar contagem do tempo de aplicação.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
14	Observar o local frequentemente para identificar sinais de intolerância tissular como: cianose, maceração, e formação de bolhas.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
15	Atentar para o aparecimento de tremores e queixas de queimação ou dormência, se necessário interrompa o tratamento e avise o médico.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
16	Tornar a encher ou trocar o dispositivo de frio quando necessário, para manter a temperatura correta.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
17	Mobilizar bolsa a cada 1 ou 2 minutos, inspecionando o local.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
18	Remover o dispositivo após o período prescrito.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
19	Secar a pele do paciente.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
20	Posicionar o paciente confortavelmente e verifique temperatura, pulso, frequência respiratória para comparação com valores basais.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
21	Descartar adequadamente os líquidos e os materiais utilizados.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
22	Guardar o dispositivo no setor de armazenamento.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
23	Registrar a data, hora, duração da aplicação de frio, o dispositivo usado, o local da aplicação, a temperatura, o pulso e frequência respiratória do paciente antes, durante e após a aplicação, condições da pele, sinais de complicação e a tolerância do paciente ao tratamento.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em
24	O frio pode ser aplicado de forma seca ou úmida, mas o gelo não deve ser colocado diretamente sobre a pele do paciente, porque pode causar danos adicionais ao tecido.	Enfermeiro/Téc. enfermagem	em

25	Aplique o tratamento frio cautelosamente em paciente com comprometimento da circulação, em crianças e em pacientes idosos ou que tenham artrite, por causa do risco de dano tissular isquêmico.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
26	Pacientes inconscientes, anestesiado ou com comprometimento neurológico, devem ser constantemente monitorados durante todo procedimento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
27	Realizar higienização das mãos, organizar o ambiente e registrar o procedimento em prontuário.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

- POTTER, P. Fundamentos de Enfermagem. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.


Protocolo de aplicação de frio Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Departamento de Enfermagem Revisado em maio de 2010.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.32. Protocolo de balanço hídrico

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
	Versão: 00

1. INTRODUÇÃO

O balanço hídrico tem a função de monitorar todos os tipos de líquido administrados e eliminados pelo paciente durante um determinado período.

2. OBJETIVO

Controlar o volume dos fluidos que são administrados seja por via oral ou parenteral e dos que são eliminados pelo organismo de forma direta ou indireta. Padronizar o preenchimento e coleta para o balanço hídrico, garantindo assim uma maior eficiência, precisão e melhora na segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados que necessitam de um controle rigoroso através do balanço hídrico.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> Luvas de procedimento; Saco coletor. 	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
2	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
3	Providenciar o material necessário e realizar paramentação com EPIs: gorro, máscara e luvas de procedimento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
4	Observar com atenção o que está sendo administrado.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
5	Comparar a prescrição com o rótulo de soro e bomba de infusão, se estão corretos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
6	Observar e medir as eliminações (sondas gástricas, saco coletor de urina, fezes, drenos, etc).	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

7	Desprezar as secreções de drenos torácicos a cada 24h (6h). Renovar o selo d'água (500 mL de água destilada ou 250 ml) no frasco e identificar (nome do profissional, quantidade de água colocada, data e hora da troca). Antes de realizar a troca, lembrar de pinçar o dreno e abri-lo após o procedimento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
8	Desprezar a drenagem de sondas gástricas em sacos coletores de urina (sistema aberto e fechado) a cada 6 horas: 12h, 18h, 24h, 6h, ou antes se necessário.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
9	Anotar a quantidade de líquidos infundidos de 2/2 h, incluindo-se as bombas de infusão.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
10	Pesar crianças diariamente durante o banho. O ganho ou perda de peso servirá de parâmetro para reposição ou não de líquidos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
11	Fechar o balanço hídrico no sistema a cada 24h (0h).	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
12	Observar aspectos gerais das eliminações.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
13	Realizar anotações no prontuário.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
14	Comunicar ao enfermeiro ou plantonista qualquer anormalidade. Anotar fielmente todo e qualquer líquido infundido ou retirado através de drenagem, punção ou hemodiálise/diálise.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
15	Pesar fraldas descartáveis em pacientes que não estão em uso de cateteres de demora, fazendo-se a diferença entre fralda seca e fralda molhada (esse item só se aplica em Unidade de <u>Pediatria</u>).	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
16	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
17	Comunicar resultado ao enfermeiro e ou médico plantonista e registrar no prontuário em ficha própria.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
18	Manter o paciente em constante observação.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POP do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Depto de Enfermagem. Governo do Estado do Rio Grande do Norte 2009/2010.

Archer et al; Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza-RJ: Guanabara Koogan, 2005.


Fischbach, Frances Talaska Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnóstico RJ: Guanabara Koogan, 2005.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.33. Protocolo de banho de aspersão

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de banho de aspersão		Versão: 00
		Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

É a higienização corporal total ou parcial do paciente no chuveiro, com o auxílio de um profissional de enfermagem.

2. OBJETIVO

Garantir a higienização adequada do paciente parcialmente dependente. Padronizar o sequenciamento e técnicas para o banho, garantindo assim uma maior eficiência e melhora na segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados, parcialmente dependentes que necessitam de banho de aspersão.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descritor	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Sabonete ou sabão líquido; • Toalha e roupas; • Cadeira de banho se necessário; • Luvas de procedimento; • Capote; • Toalha de banho; • Compressas limpas; • Desodorante, hidratante corporal, material de higiene oral, xampu; • Plástico, fita adesiva se necessário para cobrir curativos. 	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
2	Orientar paciente sobre o procedimento a ser realizado.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
3	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
4	Calçar luvas de procedimento.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
5	Cobrir cateteres, sondas e curativos com plástico e fixá-los com fita adesiva.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
6	Manter infusões venosas se houver.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

7	Verificar a temperatura da água.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
8	Verificar temperatura do ambiente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
9	Fechar janelas. Manter cadeira de rodas próximas para apoio.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
Paciente independente com capacidade para o autocuidado		
1	Verificar se o paciente tem material de higiene e fornecer caso não tenha.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
2	Manter no banheiro a cadeira de banho limpa e desinfetada para que o paciente se assente durante o banho e caso seja necessário.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
3	Fornecer toalhas, sabonetes e roupas.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
4	Acompanhar ou encaminhar paciente até o chuveiro.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
5	Verificar temperatura da água com dorso da mão.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
6	Auxiliá-lo no que for preciso.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
7	Pedir ao paciente para fechar a porta sem trancá-la, caso possa fazer sua higiene sozinho.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
8	Orientar a higiene oral, corte de unhas e barba se for homem.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
9	Realizar o registro do banho no prontuário do paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
Paciente dependente com capacidade de autocuidado		
10	Fornecer toalhas e roupas.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
11	Verificar se o paciente tem material de higiene.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
12	Transportar o paciente em cadeira de banho previamente limpa e desinfetada.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

13	Orientar higiene oral e auxiliar se necessário.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
14	Oferecer toalha e auxiliá-lo a secar-se. Aplicar creme hidratante, desodorante e vesti-lo.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
15	Realizar o registro do banho no prontuário do paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
Paciente dependente sem capacidade de autocuidado		
16	Fornecer roupa e toalha.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
17	Verificar se o paciente tem material de higiene.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
18	Transportar o paciente em cadeira de banho previamente limpa e desinfetada.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
19	Verificar a temperatura com o dorso da mão.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
20	Molhar os cabelos, aplicar o xampu e enxaguar.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
21	Lavar o rosto e as orelhas do paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
22	Realizar higiene oral e barbear se for homem.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
23	Molhar, ensaboar e enxaguar as coxas e pernas do paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
24	Molhar, ensaboar e enxaguar os pés do paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
25	Molhar, ensaboar e enxaguar a região genital do paciente, com a segunda compressa ou pano limpo.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
26	Secar e aplicar o creme hidratante, o desodorante e vestir o paciente.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
27	Transportá-lo de volta a sua unidade e de preferência acomodá-lo em uma cadeira.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
28	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem

29	Registrar em prontuário o procedimento realizado.	Enfermeiro/Téc. em enfermagem
----	---	-------------------------------

6. SIGLAS

Não se aplica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Protocolo operacional padrão de banho de aspersão Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Departamento de Enfermagem. Revisado em maio de 2010.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.34. Protocolo de banho no leito

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de banho no leito		Versão: 00
		Folha N°: 1/4

1. INTRODUÇÃO

É a higienização corporal total ou parcial do paciente no leito, por um profissional de enfermagem.

2. OBJETIVO

Garantir a higienização adequada do paciente acamado ou com alguma restrição e/ou dificuldade de locomoção.

Padronizar o sequenciamento e técnicas para o banho, garantindo assim uma maior eficiência, higiene, conforto e melhora na segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

Manter a integridade da pele e controlar odores produzidos pelas glândulas sudoríparas do corpo do paciente quer seja com dependência total ou não, que necessite de cuidados de higiene integrais (higiene ocular, nasal, auricular, íntima e corporal, incluído do couro cabeludo).

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados, que necessitam de banho no leito.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem;

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar higiene das mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem
2	Conferir identificação do paciente, conforme protocolo de identificação. Comunicar e orientar o procedimento a ser realizado ao paciente e acompanhante.	Técnico de Enfermagem
3	Providenciar e reunir o material necessário: - Biombos; - Banheira/ Bacia com água aquecida; - Água morna; - Sabonete líquido com PH neutro ou ácido; - Shampoo, condicionador e pente/ escova para os cabelos; - Compressas para banho; - Hidratante corporal; - Fralda descartável; - Lençóis.	Técnico de Enfermagem
4	Utilizar EPIs (máscara, gorro, luvas, óculos e capote).	Técnico de Enfermagem
5	Preparar o ambiente, posicionando biombos e hampers.	Técnico de Enfermagem
6	Manter a infusão da dieta conforme prescrição da nutrição.	Técnico de Enfermagem

7	Abaixar grades da cama, desprender os lençóis, retirar cobertores, travesseiros, deixando-o protegido com a toalha ou lençol.	Técnico de Enfermagem
8	Iniciar banho em sentido céfalo caudal, deixando partes íntimas por último. Sequência: lavar, enxaguar e secar.	Técnico de Enfermagem
9	Realizar higiene oral do paciente e higiene dos cabelos, desembaraçando-os com o pente/ escova.	Técnico de Enfermagem
10	Limpar os olhos do paciente em ângulo interno para o externo; com auxílio de gaze não estéril.	Técnico de Enfermagem
11	Lavar, enxaguar e secar o rosto, orelhas e pescoço; mantendo uso comedido de água.	Técnico de Enfermagem
12	Manter a região genital coberta com lençol ou toalha.	Técnico de Enfermagem
13	Colocar o paciente em decúbito lateral, lavar, enxaguar e secar as costas, região glútea e sacra, observando as condições da pele e possíveis áreas com hiperemia e comunicar o enfermeiro.	Técnico de Enfermagem
14	Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa íntima e aplicar (molhada) para o meio da cama.	Técnico de Enfermagem
15	Limpar o colchão com água e sabão, secar com pano multiuso e aplicar quartenário de amônio. Deverão ser realizados em sentido único.	Técnico de Enfermagem
16	Desprezar as luvas de procedimentos entre a troca de sítios.	Técnico de Enfermagem
17	Proceder a organização do leito com o paciente em decúbito lateral.	Técnico de Enfermagem
18	Virar o paciente sobre o lado pronto da cama.	Técnico de Enfermagem
19	Retirar a roupa suja e desprezar no hamper.	Técnico de Enfermagem
20	Realizar a troca de fixação (traqueostomia, tubo orotraqueal, sondas nasogástrica, sonda nasoentérica entre outros).	Técnico de Enfermagem
21	Hidratar a pele do paciente com creme hidratante.	Técnico de Enfermagem
22	Colocar fralda no paciente e vesti-lo adequadamente.	Técnico de Enfermagem
23	Organizar o leito; retirando materiais em excesso.	Técnico de Enfermagem

24	Utilizar travesseiros ou coxins para deixar o paciente no decúbito mais confortável.	Técnico de Enfermagem
25	Levantar as grades, realizar a limpeza do leito do paciente retirar as matérias utilizados, levando-os para o expurgo. Retirar luvas, avental e máscara.	Técnico de Enfermagem
26	Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem
27	Relatar o procedimento no prontuário do paciente.	Técnico de Enfermagem
28	Caso haja algum incidente envolvendo o paciente deve prestar os cuidados necessários, registrar em prontuário e preencher o formulário de Oportunidade de Melhoria.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/ Médico

Observações:

A higienização dos cabelos deverá ser feita com shampoo e condicionador, e realizar o desembaraço do mesmo com o pente/escova. Esse procedimento deverá ser realizado nos seguintes dias da semana: **domingo, quarta e sexta** (se não for possível registrar em prontuário o motivo da não realização).

6. SIGLAS

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual.

NQSP – Núcleo de qualidade e segurança do paciente.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.


DOENGES, M.E.; MOORHOUSE, M.F.; GEISLER, A.C. Planos de Cuidados de Enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.35. Protocolo de coleta de escarro

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Ambulatório/ Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de coleta de escarro	Versão: 00
	Folha N°: 1/3

1. INTRODUÇÃO

É a coleta de escarro, para análise de microbactérias e fungos, normalmente indicado pelo médico com o objetivo de confirmar o diagnóstico de doenças respiratórias.

2. OBJETIVO

Obter amostra de material para análise.

Padronizar o sequenciamento e técnicas para a coleta do escarro, garantindo um resultado fidedigno e melhora na segurança do paciente minimizando os eventos adversos.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes pediátricos hospitalizados, que necessitam da coleta de escarro.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Frasco de coleta estéril • Rótulo de identificação ou etiqueta • Luva de procedimento. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

3	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Orientar o cliente a não realizar higiene oral, apenas enxaguar com água antes da coleta.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Tossir profundamente e expectorar no coletor estéril, tendo o cuidado de evitar a saliva.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Identificar o frasco conforme documento de Identificação de Amostra para o Laboratório.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Encaminhar o material ao laboratório dentro de no máximo uma hora.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Realizar higienização das mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Anotar no prontuário.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POP do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Depto. de Enfermagem. Governo do Estado do Rio Grande do Norte 2009/2010;

Archer et al; Procedimentos e Protocolos; revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina e Souza-RJ: Guanabara Koogan, 2005;

Fischbach, Frances Talaska Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnóstico RJ: Guanabara Koogan, 2005.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.36. Protocolo de Admissão e alta na enfermaria de pediatria

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: Internação/ Enfermaria Pediátrica	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Admissão e alta na enfermaria de pediatria	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Admissão e permanência do paciente e familiar/acompanhante na unidade de internação hospitalar da pediatria por determinado período.

2. OBJETIVO

Facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto, segurança e prestar assistência multidisciplinar e integral a saúde dos pacientes internados, nas diversas especialidades envolvidas em emergência e urgências.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados na enfermaria pediátrica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico em enfermagem; Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
Admissão		
1	Autorização médica prévia para internação. Através da urgência e emergência e/ou pela regulação.	Médico
2	Receber o paciente cordialmente, verificando se as fichas estão completas.	Médico/Enfermeiro

3	Realizar anamnese completa de todos os pacientes ao internar, utilizando o modelo de anamnese que está no MVPEP.	Médico
4	Realizar evoluções em prontuário quantas forem necessárias, de acordo com as exigências de cada doença.	Médico
5	Explicar para acompanhante o regulamento do hospital.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/médico
6	Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação.	Médico/Enfermeiro
7	Verificar o conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ela prestada, de caráter legar, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membro da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.	Médico
Alta		
8	Certificar-se da alta no prontuário do paciente, que deve estar assinada pelo médico.	Médico/Enfermeiro
9	Verificar no prontuário as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente.	Médico/Enfermeiro
10	Informar ao paciente sobre a alta, hora e de como será transportado.	Médico/Enfermeiro
11	Entregar ao acompanhante responsável pela criança receita médica e orientá-lo.	Médico/Enfermeiro
12	Vestir a criança.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Reunir as roupas e objetos pessoais e colocá-los na sacola.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Devolver objetos e medicamentos ao paciente, que foram guardados no hospital.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Providenciar cadeira de rodas ou maca acompanhado de condutor, para transportar o paciente até o veículo.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

16	Preparar a unidade para receber outro paciente.	Enfermagem / Aux. de limpeza
----	---	------------------------------

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

CFM, 2003, resolução nº 1.638/2002, art.1º;


FERNANDES, A. M. O. Manual de Norma e Rotinas Hospitalares. AB Editora, Ed. 2006.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.37. Protocolo de Alta Segura - Transferência extra- hospitalar

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermaria Pediátrica	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de Alta Segura - Transferência extra-hospitalar	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1.INTRODUÇÃO

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

2. OBJETIVO

Padronizar atuação da equipe assistencial nas transferências dos pacientes para outras unidades hospitalares, com foco na alta segura.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados que necessitam ser transferidos.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Assistente social

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar ao NIR transferência e aguarda vaga. Encaminha e protocolar solicitação de vaga.	Enfermeiro/ Médico
2	Repassar a equipe do serviço social a programação de altas/transferências de paciente internados no HECAD, para o dia;	Enfermeiro
3	Solicitar ao NIR agendar transporte/ ambulância desta Instituição para deslocamento do paciente;	Enfermeiro
4	Verificar com a Equipe de Enfermagem o horário programado para altas/transferências do paciente;	Assistente Social
5	Informar ao acompanhante a transferência da criança. A transferência só será realizada mediante acompanhamento do familiar;	Médico/ Enfermeiro/ Assistente Social
6	Verificar se há pertences do paciente, se houver, acompanhar o familiar até a sala de serviço social do pronto atendimento para devolução;	Assistente Social
	Encaminha relatório médico, AIH e exames junto com o paciente;	Enfermeiro
8	Conferir se o paciente está com pulseira de identificação;	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Checar acesso e dispositivos, realizar troca de curativos e fazer nova diluição de drogas vasoativas se necessário;	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

10	Realizar avaliação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), evolução médica e multidisciplinar, relatório do Técnico de Enfermagem. Todos deverão ser realizados em prontuário eletrônico.	Enfermeiro/ Médico/ Assistente Social/ Técnico de Enfermagem
11	Realizar o preenchimento da transição de cuidado no prontuário eletrônico, onde será registrado os dados clínicos do paciente e plano terapêutico realizado com o paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem;

HECAD: Hospital Estadual da Criança e do Adolescente;

AIH: Autorização de internação hospitalar;

NIR: Núcleo de Regulação interna

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


HC-UFMT, administrado pela Ebserh, Ministerio da Educação. **PROTOCOLO: TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR – SERVIÇO DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM.** Uberaba, 2016.18ap.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.38 Protocolo de transporte seguro do paciente intra-hospitalar

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000

Assunto: Protocolo de transporte seguro do paciente intra-hospitalar	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

O transporte intra-hospitalar é o encaminhamento temporário ou definitivo de clientes dentro do ambiente hospitalar por profissionais de saúde, seja para fins diagnósticos ou terapêuticos.

2. OBJETIVO

Agilizar o processo de transferência seguro do paciente/cliente, para os setores intra-hospitalar. O fluxo de pacientes deve ser feito sem prejudicar seu tratamento, ou seja, deve ser indicado, planejado e executado minimizando o máximo dos possíveis riscos para a transferência.

3. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados que necessitam de encaminhamento temporário dentro da unidade hospitalar.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Condutor; Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
Materiais necessários		
1	Preparar os seguintes materiais: maca, lençóis, cobertores.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
2	Disponibilizar cânula de guedel de todos os tamanhos, cateteres nasais e máscara em tenda ou de venturi, nebulizador.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
3	Disponibilizar estetoscópio, kit para HGT, parêntese de PA não invasiva e reanimador/ambú.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
4	Disponibilizar fonte de oxigênio com capacidade adequada.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
5	Preparar oxímetro de pulso.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
6	Conferir se o material para intubação está completo.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor

7	Preparar material para punção e manutenção de perfusão endovenosa.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
8	Preparar fármacos para suporte avançado de vida e outros que se julguem necessários ou específicos (terapêutica continuada ou intermitentes pré-programadas pela equipe médica).	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
9	Preparar e testar ventilador de transporte.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
Procedimento		
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Certificar-se da transferência (movimentação do paciente), horário e disponibilidade do leito.	Condutor / Enfermeiro
2	Certificar-se de que a área para onde a criança será transportada está pronta para o receber (de enfermeiro para enfermeiro).	Enfermeiro
3	Preparar material necessário conforme quadro clínico do paciente.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
4	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Condutor / Técnico de Enfermagem
5	Utilizar EPIS necessários: luvas, máscara, jaleco e sapatos fechados e antiderrapantes. Pacientes em precaução de contato deverá ser utilizados os EPI's: luvas, máscara e capote.	Condutor / Técnico de Enfermagem
6	Avaliar o paciente: a) A situação clínica do paciente (transporte "emergente", "urgente", ou "eletivo"). b) A distância/duração do transporte. c) As intervenções médicas necessárias durante o transporte. d) A disponibilidade de pessoal e recursos.	Enfermeiro / Médico / Condutor
7	Preencher documento de transição do cuidado no prontuário eletrônico .	Enfermeiro
8	Preparar o paciente e acompanhante para a transferência, orientando-os quanto à necessidade do transporte.	Condutor / Técnico de Enfermagem
9	Forrar a maca com lençol, colocar a maca ao lado da cama, travar as rodas da maca.	Condutor
10	Fechar os drenos, sondas e equipos. Organizar fios de derivações, TOT, bolsas e recipientes coletores (devem ser esvaziados se possível), de forma a não tracioná-los no momento da transferência.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

11	Transferir o paciente para a maca com segurança.	Condutor / Técnico de Enfermagem
12	Certificar-se de que o paciente está confortável.	Condutor / Técnico de Enfermagem
13	Cobrir o paciente com lençol.	Condutor / Técnico de Enfermagem
14	Levantar as grades da maca.	Condutor / Técnico de Enfermagem
15	Realizar higienização das mãos.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico
16	Registrar em prontuário eletrônico: condições do paciente durante o transporte, para onde foi transferido e horário e intercorrências se houver.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico

Antes da saída do paciente confira:

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Confirmar o destino do paciente e o preenchimento da Transição do cuidado.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico
2	Confirmar os profissionais que realizarão o transporte.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico
3	Certificar-se de que os equipamentos a serem utilizados estão em perfeito estado e funcionando.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico
4	Rever avaliação: neurológica, respiratória e circulatório, assim com os dispositivos, drogas vasoativas e sedação.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico

Unidades de Internação para UTI

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Acompanhar o transporte do paciente.	Médico / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
2	Passar o quadro do paciente para o plantonista da UTI.	Médico
3	Passar o quadro do paciente para a Enfermeiro da UTI realizando a transição do cuidado, para manter a linha do cuidado.	Enfermeiro
4	Encaminhar o paciente com todos os seus objetos pessoais e exames.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor

5	Observar as medicações administradas antes da transferência, checar o horário e certificar-se dos medicamentos que deverão ser encaminhados com o paciente. Atentar para psicotrópicos.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
Unidade de internação para o Centro cirúrgico		
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar a vaga para o centro cirúrgico em caso de cirurgia de emergência. Fazer contato com o centro cirúrgico e acompanhar o paciente até o destino.	Médico Plantonista
2	Definir equipe que fará o transporte de acordo com o quadro clínico do paciente.	Enfermeiro
3	Realizar a transferência do paciente.	Condutor
4	Acompanhar a transferência do paciente se necessário.	Técnico de Enfermagem
5	Encaminhar paciente ao centro cirúrgico confirmar: identificação do paciente de acordo com a pulseira, jejum, retirada de adornos e próteses.	Técnico de Enfermagem / Condutor
6	Encaminhar junto com paciente os exames, materiais solicitados para a cirurgia e check list de cirurgia segura devidamente preenchido e entregues a equipe do Centro cirúrgico.	Técnico de Enfermagem / Condutor
7	Encaminhar junto com paciente os exames, materiais solicitados para a cirurgia.	Técnico de Enfermagem / Condutor
Unidade de Internação para Realização de Exames		
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Conferir o exame ao qual o paciente será submetido e se o preparo foi realizado.	Enfermeiro
2	Certificar-se de que o setor para onde o paciente será transportado está pronta para o recebê-lo.	Enfermeiro
3	Solicitar condutor.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
4	Preparar o paciente para o transporte de acordo com o quadro clínico do paciente.	Técnico de Enfermagem
5	Realizar transferência do paciente da cama para maca.	Técnico de Enfermagem / Condutor
6	Levar o paciente para realização do exame.	Condutor

7	Acompanhar o transporte do paciente se necessário.	Técnico de Enfermagem
8	Retornar com o paciente para unidade de origem.	Condutor
UTI para Unidades de internação		
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Informar o Enfermeiro da alta.	Médico
2	Solicitar vaga/leito para o Enfermeiro da internação.	Enfermeiro
3	Confirmar vaga após chegada do familiar/responsável.	Enfermeiro
4	Observar as medicações administradas antes da transferência, checar o horário e certificar-se dos medicamentos que deverão ser encaminhados com o paciente. Atentar para psicotrópicos.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
5	Preencher aTransição do cuidado e encaminhar com o paciente	Enfermeiro
6	Acompanhar transporte do paciente.	Enfermeiro / Condutor
UTI para o Centro Cirúrgico (CC)		
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	O médico da cirurgia vai na UTI buscar o paciente com o condutor do Centro Cirúrgico, o médico do setor vai passar todas as informações.	Médico
2	Prepara o paciente para transporte, bombas de infusão, acessosvenoso central, oxímetro de transporte e pulseira de identificação. Conferir jejum e informar ao acompanhante que a criança vai para o CC.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Encaminhar paciente ao centro cirúrgico, acompanhado de exames, prescrição, balanço hídrico e realizar a transição de cuidados.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor / Médico
UTI para realização de Exames		
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Conferir o exame ao qual o paciente será submetido e se o preparo foi realizado.	Enfermeiro

2	Certificar-se de que o setor para onde o paciente será transportado está pronta para o recebê-lo.	Enfermeiro
3	Solicitar condutor.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
4	Preparar o paciente para o transporte.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
5	Realizar transferência do paciente da cama para maca.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
6	Levar o paciente para realização do exame.	Médico / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
7	Acompanhar o transporte do paciente grave.	Médico / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
8	Retornar com o paciente para unidade de origem.	Médico / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor

Centro Cirúrgico para UTI

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar/confirmar a vaga de UTI com o NIR.	Enfermeiro do CC
2	Preencher a Transição do cuidado no prontuário eletrônico e encaminhar com o paciente.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Acompanhar a transferência do paciente até a UTI.	Médico
4	Transportar o paciente observando soros, drenos, trações, cateteres, pulseira de identificação e outros.	Médico / Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
5	Manter o paciente aquecido e posicioná-lo preferencialmente com a cabeça lateralizada, a fim de manter as vias aéreas livres, de modo a evitar a aspiração de secreções e vômitos.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
6	Transferir o paciente da maca para a cama, realizando movimentos suaves evitando solavancos que lhe causem vibrações ou dor e desconforto. O procedimento deve ser realizado por duas ou mais pessoas.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Condutor

Centro Cirúrgico para Unidades de internação

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar a equipe da unidade de origem, que busque o paciente.	Enfermeiro do CC
2	Fazer a Transição do cuidado e encaminhar com o paciente.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
3	Transportar o paciente observando soros, drenos, trações, cateteres e outros.	Téc. de Enfermagem / Condutor
4	Observar rigorosamente os sinais de alteração respiratória, comunicando a Enfermeiro qualquer intercorrência.	Técnico de Enfermagem
5	Manter o paciente aquecido e posicioná-lo preferencialmente com a cabeça lateralizada, a fim de manter as vias aéreas livres, de modo a evitar a aspiração de secreções e vômitos.	Téc. de Enfermagem / Condutor
6	Transferir o paciente da maca para a cama, realizando movimentos suaves evitando solavancos que lhe causem vibrações ou dor e desconforto. O procedimento deve ser realizado por duas ou mais pessoas.	Técnico de Enfermagem / Condutor

Unidade de Urgência e Emergência para Internação

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar e imprimir AIH.	Médico
2	Solicitar vaga de internação no NIR (Gerenciamento de leito).	Enfermeiro
3	Confirmar vaga na internação e passar o caso (enfermeiro / enfermeiro).	Enfermeiro
4	Entregar AIH na recepção e aguardar a internação.	Enfermeiro / Fluxista
5	Entregar pertences e exames para o acompanhante ou assistente social, realizando o protocolo de entrega.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
6	Solicitar que a prescrição seja realizada pelo médico assistente, verificando a mesma posteriormente para checar a prescrição e se há solicitação de exames.	Enfermeiro e/ou Fluxista
7	Avaliar paciente para verificar qual profissional deverá acompanhá-lo no transporte. Paciente estável em uso de O2 (oxigênio) (Técnico de Enfermagem ou enfermeiro), paciente estável sem O2 (condutor).	Enfermeiro
8	Entrar em contato com a internação para verificar se o paciente já pode ser encaminhado para o leito. Solicitar a presença do acompanhante caso seja necessário.	Enfermeiro

9	Preencher o documento de Transição do cuidado no prontuário eletrônico e encaminhar com o paciente.	Enfermeiro
10	Solicitar condutor.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Fluxista
11	Observar presença de drenos, soros, trações, cateteres e outros e suas respectivas identificações. Verificar identificação do paciente.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
12	Fechar os dispositivos antes de mudar o paciente da cama/maca e informar a equipe que o recebeu para realizar a abertura e reposicionamentos dos mesmos.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
13	Preencher com informações sobre o paciente na placa de identificação de leito, e encaminhá-la junto com o mesmo para o leito de internação.	Enfermeiro
14	Passar paciente para a maca com cuidado, verificando se as rodinhas estão travadas.	Condutor / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
15	Manter o paciente aquecido e posicioná-lo preferencialmente com a cabeça lateralizada, a fim de manter as vias aéreas livres, de modo a evitar a aspiração de secreções e vômitos. Levantar as grades da maca a fim de evitar queda.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
16	Acompanhar o paciente durante o transporte, utilizando os EPIs necessários de acordo com o tipo de precaução. Caso existam exames externos, eles devem ser encaminhados junto com o paciente.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Condutor
17	Ao chegar na unidade de destino, auxiliar a mudança do paciente da maca para o leito.	Condutor / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
18	Registrar em prontuário eletrônico: condições do paciente durante o transporte, para onde foi transferido e horário.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

Unidade de Urgência e Emergência para UTI

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar e imprimir AIH.	Médico
2	Solicitar leito para internação no NIR, por meio do gerenciamento de leito.	Enfermeiro
3	Confirmar vaga na UTI e passar o caso (enfermeiro/enfermeiro).	Enfermeiro
4	Preencher a Transição do cuidado no prontuário eletrônico.	Enfermeiro
5	Entregar AIH na recepção e aguardar a internação.	Enfermeiro / Fluxista

6	Entregar pertences e exames para o acompanhante ou assistente social, protocolando a entrega.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro
7	Entrar em contato com a UTI para verificar se o paciente já pode ser encaminhado para o leito.	Enfermeiro
8	Montar ventilador para o transporte, se necessário.	Enfermeiro / Fisioterapeuta
9	Solicitar condutor.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Fluxista
10	Observar presença de fios de derivação, TOT, bolsas, drenos, soros, trações, cateteres e outros e suas respectivas identificações. Verificar protocolo de identificação do paciente.	Enfermeiro
11	Fechar os dispositivos e esvaziá-los antes de mudar o paciente da cama/maca e informar a equipe que o recebeu para realizar a abertura e reposicionamentos dos mesmos.	Enfermeiro
12	Passar paciente para a maca com cuidado, verificando se as rodinhas estão travadas.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / médico / Condutor
13	Manter o paciente aquecido e posicioná-lo preferencialmente com a cabeça lateralizada, a fim de manter as vias aéreas livres, de modo a evitar a aspiração de secreções e vômitos. Levantar as grades da maca a fim de evitar queda.	Enfermeiro / Médico
14	Acompanhar o paciente durante o transporte, utilizando os EPIs necessários de acordo com o tipo de precaução, e junto ao mesmo os exames externos (caso existam).	Médico / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor
15	Ao chegar na unidade de destino, auxiliar a mudança do paciente da maca para o leito.	Enfermeiro / Médico / Condutor / Técnico de Enfermagem
16	Registrar em prontuário eletrônico: condições do paciente durante o transporte, para onde foi transferido e horário.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

Unidade de Urgência e Emergência para Centro Cirúrgico

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar e imprimir AIH.	Médico
2	Solicitar vaga de internação no NIR, por meio do gerenciamento de leito.	Enfermeiro
3	Solicitar sala cirúrgica.	Médico
4	Entregar AIH na recepção e aguardar a internação.	Enfermeiro / Fluxista

5	Preparar paciente para o C.C.	Técnico de Enfermagem
6	Preencher Checklist de segurança cirúrgica via sistema, encaminhando todos juntos com o paciente para o C.C.	Enfermeiro
7	Avaliar paciente para verificar qual profissional deverá transportá-lo. Paciente estável em uso de O2 (Técnico de Enfermagem / enfermeiro/ condutor), paciente estável sem O2 (condutor), paciente instável (médico/enfermeiro/condutor).	Enfermeiro
8	Observar presença de drenos, soros, trações, cateteres e outros e suas respectivas identificações. Verificar ainda se o paciente está identificado com pulseira.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
9	Fechar os dispositivos antes de mudar o paciente da cama/maca e informar a equipe que o recebeu para realizar a abertura e reposicionamentos dos mesmos.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
10	Entregar pertences e exames para o acompanhante ou assistente social, protocolando a entrega.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
11	Passar paciente para a maca cirúrgica com cuidado, verificando se as rodinhas estão travadas.	Condutor / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
12	Manter o paciente aquecido e posicioná-lo preferencialmente com a cabeça lateralizada, a fim de manter as vias aéreas livres, de modo a evitar a aspiração de secreções e vômitos. Levantar as grades da maca a fim de evitar queda.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
13	Acompanhar o paciente durante o transporte, utilizando os EPIs necessários de acordo com o tipo de precaução, e juntamente com o mesmo os exames externos (caso existam).	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico / Condutor
14	Registrar em prontuário eletrônico: condições do paciente durante o transporte, para onde foi transferido e horário.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem

Unidade de Urgência e Emergência para Realização de Exames

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar exame no sistema.	Médico
2	Em caso de pacientes graves e instáveis é necessário ligar no serviço de imagem para ver a disponibilidade das salas para realização dos exames com maior agilidade.	Enfermeiro
3	Solicitar condutor.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Fluxista
4	Avaliar paciente para verificar qual profissional deverá transportá-lo: <ul style="list-style-type: none"> •Paciente estável em uso de O2: Técnico de Enfermagem, enfermeiro e acompanhante. •Paciente estável sem O2: condutor e acompanhante; 	Enfermeiro

	•Paciente instável: médico, enfermeiro e acompanhante.	
5	Fechar os dispositivos antes de transpor o paciente da cama/maca.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Médico
6	Passar paciente para a maca com cuidado, verificando se as rodinhas estão travadas.	Condutor / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
7	Manter o paciente aquecido e posicioná-lo preferencialmente com a cabeça lateralizada, a fim de manter as vias aéreas livres, de modo a evitar a aspiração de secreções e vômitos. Levantar as grades da maca a fim de evitar queda.	Enfermeiro / Técnico de Enfermagem
8	Acompanhar o paciente durante o transporte, utilizando os EPIs necessários de acordo com o tipo de precaução.	Técnico de Enfermagem / Enfermeiro / Médico / Condutor
9	Retornar com paciente para a unidade de origem ou outra unidade quando necessário.	Médico / Enfermeiro / Técnico de Enfermagem / Condutor

6. SIGLAS

NIR – Núcleo Interno de Regulação;

EPI's – Equipamento de proteção individual;

HGT – Hemoglicoteste;

PA – Pressão Arterial;

TOT – Tubo orotraqueal;

UTI – Unidade de Terapia Intensiva;

AIH – Autorização de internação hospitalar;

CC – Centro cirúrgico;

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Resolução 588/2018. Normas para atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Parecer N° 05/2019/COFEN/CLTN. Atualização e Normatização da atuação da equipe de

enfermagem no processo de transporte de paciente em ambiente interno aos serviços de saúde, 2018.

LAMBLET, L.C.; TEIXEIRA, A.P, CORRÊA, A.G. Transporte intra-hospitalar de pacientes graves. In: Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu. 2006. P. 85-92.


BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal /. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

3.39 Protocolo de fototerapia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Emergência/ Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de fototerapia	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A fototerapia é um tratamento que consiste na utilização de luzes ultravioletas artificiais que possuem ação anti-inflamatória e imunossupressora capazes de estimular ou inibir a atividade celular, sendo esse tratamento principalmente utilizado em recém-nascidos com icterícia

2.OBJETIVO

Auxiliar no tratamento da hiperbilirrubinemia.

3.PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados que necessitam de tratamento com fototerapia.

4.RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Médico; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Aparelho de fototerapia, Bilitron; • Óculos de proteção; • Luva de procedimento; • Incubadora/ berço aquecido • Fita métrica; 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
2	Checar prescrição médica.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Comunicar e orientar os pais quanto ao procedimento que será realizado com o RN.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
4	Higienizar as mãos, conforme técnica correta	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
5	Prepara o material, incubadora, bilitron e óculos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
6	Manter o ambiente em temperatura adequada.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
7	Calçar luvas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
8	Despir o RN, mantendo somente a fralda.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
9	Colocar opérculos tipo óculos nos olhos do paciente para evitar danos a retina, tendo cuidado para não apertar o globo ocular.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

10	Colocar o RN em incubadora, sem roupa, aproximadamente 45 cm abaixo do conjunto de lâmpadas.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
11	Virar o RN a cada duas ou três horas para aliviar a pressão bem como permitir a exposição de toda a superfície do corpo do RN.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
12	Lavar as mãos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
13	Registrar no prontuário o procedimento realizado.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
14	Evoluir intercorrências evidenciadas durante o procedimento.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
15	Pontos críticos/ riscos: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertermia; • Hipotermia; • Diarreia; • Desidratação; • Erupções cutâneas e eritema; • Lesão na retina; • Escurecimento da pele; • Queimaduras; • Deficiência de glicose. 	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
16	Manter sempre região ocular protegida com opérculos.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
17	Atentar sempre para temperatura da incubadora ou berço aquecido.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
18	Monitorar a quantidade e consistência das fezes, bem como características da diurese, comunicando alterações.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

- Não aplicável.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília, 2013.


Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

3.40 Protocolo de curativo de Gastrostomia

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: Internação/ Enfermarias/UTI/Emergência/ Centro Cirúrgico/ Ambulatório		Identificação: 000
Assunto: Protocolo de curativo de gastrostomia		Versão: 00
		Folha Nº: 1/x

1.INTRODUÇÃO

Gastrostomia é uma abertura no estômago que é exteriorizada na pele, realizada durante uma cirurgia, para administrar alimentos e líquidos

2.OBJETIVO

Manter a integridade da pele ao redor da GTT (gastrostomia) e prevenir possíveis complicações.

3.PÚBLICO ALVO


Pacientes hospitalizados ou ambulatoriais que necessitam de curativos no óstio da gastrostomia.

4.RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5.PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Pacote de curativo; • Luva estéril; • Luvas de procedimentos; • Adesivo hipoalergênico; • Biombo; • Compressa de gazes estereis; • Máscara descartável; • Água destilada ou solução fisiológica 10 ml; • Saco plástico para resíduos; • Clorexidina aquosa 	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
2	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
3	Reunir o material no caminho de curativo e levar ao quarto.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
4	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
5	Promover a privacidade do paciente com biombo e fechando a porta do quarto.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
6	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
7	Abrir as matérias estéreis sobre a mesa auxiliar.	Enfermeiro/ Téc. em Enfermagem
8	Colocar a máscara descartável e calçar as luvas de procedimentos.	Enfermeiro
9	Retirar o curativo anterior e observe o aspecto da pele.	Enfermeiro

10	Colocar a luva estéril e umedecer as gazes com a solução escolhida.	Enfermeiro
11	Limpar a pele ao redor da sonda com Soro Fisiológico e posteriormente a sonda próxima à inserção com clorexidina Aquosa.	Enfermeiro
12	Secar o local com gaze estéril.	Enfermeiro
13	Realizar curativo oclusivo com gaze estéril e fita adesiva hipoalergênica do até o período que o curativo apresentar exsudato, caso não apresente exsudato não ocluir (manter sem cobertura local).	Enfermeiro
14	<p>Fixar a sonda na pele (paciente que não está deambulando). Coloque um adesivo na pele, no local onde a sonda será fixada;</p> <p>Cole metade de um novo adesivo sobre o adesivo que está pele;</p> <p>No centro desse adesivo, contorne a sonda formando um ``meso``.</p> <p>Pode ser usado placa de hidrocólóide para proteger a pele da criança</p>  <p>Fixação da Sonda de Gastrostomia</p> <p>Evita que a Sonda fique pendurada</p> <p>A sonda solta, gerara peso que à puxa para fora do abdome</p> <p>Resultado, complicações</p>	Enfermeiro
15	No caso de sondas com disco ou placa de fixação externa: a placa deve ficar em contato com parede abdominal, sem exercer pressão na pele.	Enfermeiro
16	Colocar o material infectante em saco plástico para resíduos.	Enfermeiro
17	Retirar as luvas de procedimentos, a máscara descartável e colocar no saco para resíduos.	Enfermeiro
18	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro

19	Deixar o paciente confortável.	Enfermeiro
20	Recolher o material, mantendo a unidade organizada.	Enfermeiro
21	Descartar os resíduos em local específico.	Enfermeiro
22	Higienizar as mãos.	Enfermeiro
23	Realizar registro do procedimento no prontuário eletrônico do paciente.	Enfermeiro
24	Notificar NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente) no formulário de oportunidade de melhoria, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano ao paciente.	Enfermeiro

OBSERVAÇÕES:

Quando em uso de sonda Foley ou sonda de gastrostomia com balonete:

- 1) Manter este em contato com a parede gástrica, evitando assim a ocorrência de vazamentos.
- 2) Manter a pele ao redor e na inserção da sonda limpa e seca. Uma vez o estoma formado (após cerca de 7 dias), a região da inserção da sonda pode ser lavada diariamente no banho com água e sabão.
- 3) Ao orientar os cuidados para ser realizados no domicílio enfatizar a limpeza no banho, e se for necessário curativo em casa, ensinar o uso de técnica limpa.

A jejunostomia é um procedimento cirúrgico que permite o acesso direto ao jejuno. Este método pode ser usado quando é preciso evitar a passagem do alimento pelo estômago.

- 1) Os cuidados locais com a pele são similares ao da gastrostomia.
- 2) Em caso de vazamento de líquido gástrico (gastrostomia) / jejunal (jejunostomia) ou de dieta, sinais de dermatite periestoma ou de infecção (eritema, calor, dor, edema, secreção), solicitar avaliação médica.

- 3) Em caso de saída acidental da sonda solicitar avaliação médica. Em caso de saída acidental da sonda, solicitar avaliação médica e possibilidade de passagem de uma nova sonda com urgência.
- 4) Registre na anotação ou evolução o horário, realização do procedimento, intercorrências, aspecto da pele periestomal, sinais de irritação ou infecção, posicionamento adequado do cateter, presença de vazamentos.

6. SIGLAS

GTT: Gastrostomia

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

KITAZUKA, K, K: BLANES, L. **Procedimentos Operacional Padrão**.
www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/POP_curativo_gastrostomia.pdf.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Estes documentos serão revistos sempre que os ajustes forem necessários e novos protocolos assistências instituídos, conforme demanda e necessidade da instituição.

• CME E BLOCO CIRÚRGICO

4. Central de Material e Esterilização – CME

4.1 Conceito de CME

O Centro de Material e Esterilização - CME é uma unidade de apoio responsável por suprir toda a unidade hospitalar com materiais necessários a assistência direta ao paciente de forma segura e livre de contaminação. Este setor, tem como função receber diariamente diferentes materiais de uso hospitalar, bem como, artigos cirúrgicos contaminados, obedecendo criteriosamente o fluxo unidirecional do processamento, desde a recepção, lavagem, secagem, inspeção, preparação (montagem, empacotamento e identificação), esterilização, armazenamento e distribuição.

Os cuidados executados pelo CME tem como única justificativa a garantia de uma assistência segura ao cliente, com foco na redução e/ou eliminação dos riscos de infecção hospitalar.

Os protocolos assistenciais de enfermagem tem o intuito de uniformizar as ações realizadas pela equipe de enfermagem do CME (Centro de Material e Esterilização) frente ao processamento de artigos médico-hospitalares obedecendo criteriosamente o fluxo unidirecional desde a recepção, lavagem, secagem, inspeção, preparação (montagem, empacotamento e identificação), esterilização, armazenamento e distribuição.

4.2 Responsáveis

- Supervisor de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME;
- Enfermeiro assistencial;
- Técnico de Enfermagem.

a. Expurgo

Área destinada a recepção (com registro de entrada) conferência e limpeza de todos os produtos destinados a assistência a saúde proveniente do Centro Cirúrgico e demais setores da unidade.

Dispõe de recursos que favorecem uma adequada limpeza, como, água filtrada, pistolas de ar comprimido, pistolas de água sobre pressão, lupas que facilitam a inspeção após limpeza e equipamentos que proporcionam a limpeza automatizada, como ultrassônicas e termodesinfectoras.

Subdivide-se em expurgo do centro cirúrgico, o qual, recebe artigos durante as 24 horas provenientes das salas cirúrgicas, expurgo setores que recepcionam materiais dos setores do hospital e expurgo da Termodesinfecção, onde é feita a pré-limpeza dos materiais e dispostos em Raques e a serem submetidos a Termodesinfecção.

O recebimento dos artigos, após uso, nos demais setores da unidade são recebidos no setor expurgo, o qual, os colaboradores responsáveis pela entrega devem trazê-los em carrinhos fechados destinado exclusivamente a esta finalidade e mediante o ficha de entrega de materiais no CME, devidamente preenchido com nomes dos produtos entregues.

Na área externa do setor expurgo é disponibilizado um local exclusivo com bancadas, destinados a conferência dos materiais fornecidos pelas empresas consignadas no ato do recebimento e devolução dos mesmos.

b. Desinfecção Química e esterilização por baixa temperatura

Área destinada a desinfecção química dos materiais e/ou esterilização por peróxido de hidrogênio de materiais termossensíveis previamente selecionados, composto por bancas que permitem o manuseio dos materiais, osmose, ar comprimido.

No processo de desinfecção química os artigos são conferidos (funcionalidade e/ou dano) e então imersos em solução e após enxágue em água deionizada, os mesmos são secos com auxílio de compressa devidamente identificado. Como plano de contingência utilizamos a autoclave de peróxido de hidrogênio, também é disposta neste setor, os materiais previamente selecionados são envolvidos em embalagens específicas a este processo e então esterilizados, sendo realizado o processo de esterilização por formaldeído em empresa especializada fora da unidade.

c. Preparo, esterilização e recepção de matérias submetidos a Termodesinfecção

Área destinada a realizar conferência, preparo e esterilização dos materiais

que suportam temperatura entre 121°C e 134°C, os quais os processos são validados por indicadores de monitoramento do processo de esterilização conforme a padronização dos registros e validação dos indicadores das autoclaves a vapor no CME. Neste setor contamos com materiais de suporte que propiciam um adequado trabalho, como:

- Equipamento para transporte com rodízio, em quantitativo de acordo com o volume de trabalho;
- Secadora de produtos para saúde e pistolas de ar comprimido medicinal, gás inerte ou ar filtrado, seco e isento de óleo;
- Seladoras de embalagens;
- Estações de trabalho e cadeiras ou bancos ergonômicos com altura regulável.

Nessa sala ainda é realizada a identificação nas embalagens dos produtos para saúde submetidos à esterilização por meio de rótulos ou etiquetas de rastreabilidade. Essa etiqueta é legível e afixado nas embalagens durante a esterilização, transporte, armazenamento, distribuição e até o momento do uso. O rótulo de identificação da embalagem deve conter:

- Nome do produto;
- Número do lote;
- Data da esterilização;
- Data limite de uso;
- Método de esterilização;
- Nome do responsável pelo preparo.

Realizados os testes para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (bowie & dick) das autoclaves assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia.

O monitoramento dos indicadores em cargas onde será processado produtos para saúdes implantáveis, deve-se adicionar um indicador biológico, a cada carga, onde só é liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico, quando não passível de aguardar o tempo necessário para incubação utiliza-se o

indicador de teste rápido para liberação em 1 hora, tempo necessário para que o material possa esfriar.

Os produtos, após Termodesinfecção, são encaminhados a bancada destinado ao preparo destes, onde é realizado a secagem, conferência e embalagem, sendo os mesmos identificados com etiqueta correspondente a etiqueta de identificação da termodesinfecção.

d. Guarda de materiais e distribuição

Área estéril se destina ao armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo) composto por prateleiras que permitam a guarda e ventilação dos materiais, possuem mesas para transporte com rodízio em quantitativo de acordo com o volume de trabalho. Possui comunicação para entrega dos materiais através de janelas vasculhantes para os setores consumidores dos produtos processados e centro cirúrgico. A distribuição dos artigos processados para as unidades consumidoras acontece via requisição de materiais no CME, em horários pré definidos nos períodos da manhã, tarde e noite, os quais os setores devem transportar em carrinhos fechados destinados a esta finalidade, garantindo a manutenção da integridade da embalagem, bem como, a identificação dos mesmos. O fornecimento destes para o C.C. (Centro Cirúrgico) é no período de 24 horas ininterruptamente, visto que, a solicitação do C.C. deve ocorrer mediante preenchimento da requisição de materiais no CME para montagem das salas cirúrgicas.

4.3 Controle do monitoramento da qualidade da água

Realizada coleta da água em pontos previamente estabelecidos para análise de qualidade incluindo a mensuração da dureza da água, PH, íons cloreto, cobre, ferro, manganês e a carga microbiana conforme manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da CME.

Após resultados entregue pela empresa responsável pela coleta a supervisão do CME, são arquivados em pastas na sala da supervisão.

4.4 Controle da temperatura, vazão e diferencial de pressão

O sistema de climatização da área de limpeza, área desinfecção química, área de preparo e esterilização e área de armazenamento do CME atendem os seguintes

itens:

- Manter temperatura ambiente entre 18° e 22°C;
- Garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m³/h/m²;
- Manter um diferencial de pressão negativo entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 pa; e
- Prover exaustão forçada de todo ar da sala com descarga para o exterior da edificação.

Realizada a checagem diária da temperatura do ambiente para a guarda na área de recepção e limpeza, área Desinfecção Química, a área Preparo e área estéril, a fim de garantir a eficácia da conservação dos produtos preparados, armazenados no setor livres de crescimento de micro-organismos. A checagem é realizada duas vezes ao dia, no período matutino e vespertino, registrando na ficha de controle de temperatura e umidade.

Realizar a checagem semanal para garantir vazão mínima de ar total de 18,00 m³ / h/m² e o acompanhamento para manter um diferencial de pressão negativo entre os ambientes adjacentes, com pressão diferencial mínima de 2,5 Pa.

a. Solicitação de materiais e insumos

A solicitação de insumos é realizada pela Enfermeiro assistencial via Sistema MV, que gera uma ordem de serviço de forma individualizada. A ordem de serviço é atendida pelo almoxarifado CAF ou almoxarifado administrativo, conforme a especificidade do material.

b. Gerenciamento de Resíduos

Os produtos para saúde oriundos de explantes são submetidos ao processo de limpeza, seguida de esterilização e destinados ao abrigo de resíduo, o qual são considerados como resíduos sem risco biológico, químico ou radiológico.

Os resíduos de indicadores biológicos utilizados como controle e aqueles com resultados positivos são submetidos a tratamento prévio antes de serem descartados, onde são autoclaváveis para eliminar toda carga microbiana para então serem descartados no resíduo de perfuro cortante.

c. Atividades realizadas pelo enfermeiro

O enfermeiro tem a função de planejar, coordenar e acompanhar as atividades diárias dos técnicos em enfermagem nas áreas do CME, visando a realização das atividades seguindo as etapas do processo e o fluxo unidirecional:

- Adentrar ao CME após paramentar-se corretamente, visitar todos os setores do CME (expurgo, preparo, química, arsenal) avaliando se os colaboradores escalados estão presente e realiza os remanejamentos, caso necessário;
- Prevê e provê insumos que assegura o processamento de materiais;
- Acompanha e supervisiona a equipe técnica em todas as atividades desenvolvidas;
- Acompanhar e validar os testes químicos e biológico das autoclaves, bem como testes de limpeza dos processos de lavagem automatizadas;
- Avaliar o mapacirúrgico, prevendo e provendo caixas e demais artigos imprescindíveis para os procedimentos cirúrgicos. Em caso de deficit, orienta equipe a priorizar o preparo quando possível e comunicar a Enfermeiro do centro cirúrgico via ramal interno a cerca indisponibilidade;
- Receber e liberar todos os artigos disponibilizados por fornecedores (materiais consignados) para cirurgias diárias, bem como, avalia a integridade e compatibilidade para cirurgias divulgadas em mapa cirúrgico, avaliando prioridade de materiais. Quando identificado ausência de material consignado ou incompatibilidade com procedimento agendado, contactua com representantes da empresa consignada, via telefone disponível no setor;
- Fiscalizar a entrega e distribuição dos materiais processados, realizando intervenções pertinentes frentes a deficit de materiais destinados aos setores da unidade;
- Acompanhar o funcionamento dos equipamentos de todos setores, por meio das telas de comando, impressos liberados pelos mesmos e por testes diários, como, integradores químicos, testes biológicos e Bowie Dick nas autoclaves e de limpeza e temperatura nas lavadoras automatizadas. Acionar a engenharia clínica em caso de falha nos equipamento e orientar equipe quanto a falha e condutas a

serem tomadas para que não seja interrompida a produção;

- Rastrear as não conformidades nos processos de limpeza, montagem, esterilização ou desinfecção, guarda e distribuição destes materiais;
- Estimular e cobrar a equipe para que mantenha o ambiente limpo, organizado e que os insumos sejam usados de forma racional, sem desperdício;
- Fiscalizar o preenchimento dos documentos disponíveis na intranet;
- Recolher diariamente materiais no processamento de roupas encaminhados de forma errônea junto aos tecidos pelos setores usuários, relacionando na ficha de registro de recebimento de materiais do processamento de roupas;
- Passar plantão via relatório de enfermagem, o qual, descreve as prioridades e pendências dos materiais a serem utilizados nos setores e centro cirúrgico (descrito no mapa cirúrgico), entre outras intercorrências do serviço.
- Além das atribuições já citadas, em situações de eventos que comprometa o fornecimento seguro dos materiais aos setores do hospital, a Enfermeiro do CME visa estabelecer estratégias e ações a serem tomadas, buscando meios alternativos que viabilize a produção dos materiais conforme descrito abaixo:

Ação	Responsável	Descrição da Ação
Deficit de insumos		
Comunicar à CME e aos técnicos em enfermagem a ausência de insumos.	Enfermeiro	Avisar toda equipe do plantão para redução e substituição (se possível) do insumo;
Comunicar aos setores (usuários) a ausência dos insumos.	Enfermeiro	Se o insumo for indispensável para o processamento dos materiais, os setores devem programar assistência conforme disponibilidade do material, após serem comunicados.

Otimizar a produção selecionando os materiais conforme demanda do dia	Enfermeiro / Técnicos de enfermagem	Enfermeiro do plantão deve orientar a equipe quais materiais serão priorizados, bem como, acompanhar e estipular a substituição do insumo quando possível.
Comunicar a falta do insumo a Gerência de Enfermagem	Enfermeiro / CME	Informar como está ocorrendo a substituição ou interrupção do processo afetado.
Prever a reposição	Enfermeiro / CME	Acompanhar o andamento da reposição / solicitação de compra.
Pane na Intranet		
Acionar o serviço da TI via ramal interno e informar o problema identificado na intranet.	Enfermeiro	Informar se com a TI se o problema é local e quanto tempo será necessário para reestabelecer o acesso.
Comunicar a CME e aos Técnicos em enfermagem a indisponibilidade do acesso.	Enfermeiro	Comunicar e orientar equipe a aguardar o retorno, quando possível.
Acessar e providenciar cópias dos documentos.	Enfermeiro	Retirar do setor responsável a guarda das cópias dos documentos necessários, quando o retorno da intranet for por tempo prolongado e disponibilizar a equipe.
Acompanhar o reestabelecimento do sistema e comunicar equipe do CME.	Enfermeiro / CME	Comunicar equipe quanto ao retorno do sistema.
Falta de água e/ou energia elétrica		

Confirmar a falta de água e/ou energia elétrica no setor manutenção via ramal interno.	Enfermeiro	Contactar manutenção via ramal interno disponível no setor e identificar se o problema é geral ou do próprio CME, bem como o tempo de sua indisponibilidade.
Comunicar o evento aos técnicos de enfermagem	Enfermeiro	Comunicar e orientar equipe a aguardar o retorno, quando possível.
Comunicar o evento aos setores (usuários)	Enfermeiro	Informar aos setores quanto a problemática existente, para otimizarem o uso dos materiais, e quanto a previsão para normalização.
Remanejar atividades para CME quando o problema for específico do setor e que sua indisponibilidade for por período superior a uma hora.	Enfermeiro / Engenharia Clínica	Enfermeiro dever validar os processos automatizados junto a engenharia clínica (com testes dos indicadores) e então remanejar equipe, insumos e os materiais a serem processados.
Falha do ar comprimido		
Confirmar a falha no setor manutenção via ramal interno	Enfermeiro	Contactar manutenção via ramal interno disponível no setor para solicitar avaliação e identificar se o problema é geral ou do próprio CME, bem como o tempo de sua indisponibilidade.
Comunicar o evento aos técnicos em enfermagem e CME	Enfermeiro	Comunicar e orientar equipe a aguardar o retorno, quando possível; Equipe deverá ser orientada a secar os materiais somente na

		secadora e manualmente com compressa.
Comunicar o evento aos setores (usuários)	Enfermeiro	Informar aos setores, para que otimizarem o uso dos materiais, e tempo estimado para normalização.
Remanejar atividades para CME quando o problema for específico do setor que sua indisponibilidade for por período superior a uma hora.	Enfermeiro/ Engenharia Clínica	Enfermeiro deverá validar os processos automatizados junto a engenharia Clínica (com testes dos indicadores) e então remanejar equipe, insumos e os materiais a serem processados.
Falha no fornecimento de vapor		
Confirmar a falha no setor manutenção via ramal interno.	Enfermeiro	Contactar manutenção via ramal interno disponível no setor e identificar se o problema é geral ou do próprio CME, bem como o tempo de sua indisponibilidade.
Solicitar alteração das autoclaves do modo vapor para elétrico.	Enfermeiro / Engenharia Clínica	Acionar Engenharia Clínica via sistema e ramal interno solicitando alteração do modo vapor para elétrico das três autoclaves.
Comunicar o evento aos técnicos em enfermagem.	Enfermeiro	Comunicar supervisão e orientar equipe a cerca do ocorrido.
		Após alteração realizar o teste Bowie Dick, fazer leitura, se satisfatório, dar seguimento

		aos ciclos e comunicar equipe a cerca da liberação.
Reverter o modo elétrico para vapor após reparo na rede de vapor.	Enfermeiro / Engenharia Clínica	Após, confirmação do reparo pela manutenção, abrir chamado para Engenharia Clínica, acioná-lo via ramal interno e solicitar alteração do modo elétrico para vapor das três autoclaves. Realizar novo teste Bowie Dick, avaliar pós término do ciclo, se satisfatório, comunicar equipe a cerca da liberação.
Falha na termodesinfectora		
Comunicar o defeito a CME e aos técnicos em enfermagem.	Enfermeiro	Parar máquina específica, comunicar e orientar equipe a utilizar somente as disponíveis priorizando materiais conforme demanda do momento.
Comunicar engenharia Clínica acerca do problema apresentado via sistema e ramal disponível no setor.	Enfermeiro	Acompanhar avaliação da máquina e solicitar prazo para normalização.
Direcionar a demanda a lavadora ultrassônica ou ao processo manual quando a termodesinfectora permanecer em manutenção por tempo superior há 1 hora.	Enfermeiro	Orientar a equipe do CME que os artigos previamente selecionados (pela Enfermeiro) serão submetidos ao processo manual ou nas lavadoras ultrassônicas quando possível.
Remanejar materiais específicos da termodesinfecção.	Enfermeiro	Enfermeiro deverá orientar equipe que os materiais submetidos ao processo de termo-desinfecção serão enca-

		minhados a desinfecção química após limpeza.
Acompanhar o processo de manutenção	Enfermeiro /CME	Acompanhar a resolução do problema, bem como, a aquisição de peças necessárias e comunicar Gerência de Enfermagem a cerca do andamento do reparo.
Falha na Autoclave a Vapor		
Comunicar o defeito a CME e aos técnicos em enfermagem.	Enfermeiro	Parar máquina específica, comunicar e orientar equipe a utilizar somente as disponíveis priorizando materiais conforme demanda do momento.
Comunicar engenharia clínica acerca do problema apresentado via ordem de serviço e ramal disponível no setor.	Enfermeiro	Acompanhar avaliação da máquina e solicitar prazo para normalização.
Direcionar demanda ao CME quando o dano for em duas autoclaves ou mais.	Enfermeiro / Engenharia Clínica	A engenharia Clínica deve validar a autoclaves do CME realizando 01 ciclo com teste Bowie Dick, e comunicar a Enfermeiro do plantão da validação do equipamento. Enfermeiro deve remanejar equipe, insumos e os materiais a serem processados em carros fechados disponível.
Acompanhar o processo de reparo	Enfermeiro /CME	Acompanhar a resolução do problema, bem como, a aquisição de peças necessárias e comunicar Gerência de Enfermagem a

		cerca do andamento da manutenção.
Falha nas Lavadoras Ultrassônicas		
Comunicar o defeito	Enfermeiro CME / Engenharia Clínica / Técnicos em enfermagem	Parar máquina específica e comunicar equipe. Comunicar engenharia Clínica acerca do problema apresentado via Ordem de serviço e ramal disponível no setor.
Priorizar a demanda	Enfermeiro CME	Orientar equipe quanto os materiais a serem priorizados, sendo os mesmos informados pela Enfermeiro (artigos críticos). Orientar que os demais artigos serão submetidos aos processos manuais ou nas termodesinfectoras quando possível.
Falha na autoclave Peroxido de Hidrogênio		
Comunicar o defeito aos técnicos em enfermagem e CME.	Enfermeiro	Parar autoclave e comunicar a equipe e CME
Comunicar engenharia Clínica via ordem de serviço e ramal interno.	Enfermeiro	Descrever o problema apresentado a engenharia clínica e acompanhar avaliação solicitando previsão para término do reparo.
Direcionar demanda para demais processos (desinfecção química ou esterilização a vapor).	Enfermeiro	Orientar equipe quanto os materiais a serem priorizados, bem como, o processo a ser submetido, desinfecção química ou esterilização,

Hora extra	Enfermeiro	Levantar quantidade necessária para estabilizar setor. Identificar aos presentes quais são os interessados a realizar hora extra.
Deficit de tecidos/campos cirúrgicos		
Confirmar o deficit via ramal interno com setor processamento de roupas.	Enfermeiro	Contactar com encarregado do setor de higienização e confirmar desfalque. Solicitar precisão de tempo para normatizar a oferta.
Comunicar deficit.	Enfermeiro	Comunicar CME do desfalque, e assim comunique a direção da unidade; Comunicar ao Centro Cirúrgico a cerca do deficit orientando a priorizar as cirurgias conforme estoque disponível; Comunicar a Gerência de enfermagem a quantidade de pacotes cirúrgicos e previsão de tempo para o fornecimento e restabelecimento da oferta dos campos.

d. Atividade realizada pelos Técnicos em Enfermagem


Os Técnicos em Enfermagem que atuam no CME realizam as atividades previstas nos protocolos assistenciais da instituição, sob orientação e supervisão do Enfermeiro do plantão, onde, atua na limpeza manual e automatizada dos artigos e encaminha para área do preparo.

No setor preparo confere os materiais com auxílio de lupas, embala, rótula, descreve o material na ficha de registro de ciclo e encaminha para esterilização. Após estéril realiza a guarda e distribuição para os setores e centro cirúrgico. Ainda no

setor de guarda e distribuição, realiza a conferência diária da validade e integridade dos materiais estereis.

5. Protocolos assistenciais na CME

5.1 Rotina para adentrar na área da CME

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Rotina para adentrar na área do CME	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto para adentrar nas áreas da CME, facilitando a rotina e organização, evitando assim a contaminação dentro do ambiente.

2. OBJETIVO

Padronizar o uso dos EPIs corretos para adentrar nas áreas da CME, a fim de permitir um ambiente seguro para execução das atividades, e livre de contaminação em todas as áreas.

3. PÚBLICO ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Retirar todos os adornos e guardar pertences nos armários destinado para tal fim.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

2	Realizar o processo de higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Paramentar-se colocando unissex, sapato impermeável preconizado pela instituição e gorro.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Identificar o setor escalado conforme escala de atividades, fixado diariamente no setor pelo enfermeiro do plantão, o qual, está descrito as atividades a serem desenvolvidas, bem como horário de descanso.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Identificar as áreas e utilizar as paramentações de acordo com cada área de atuação: Área suja: Expurgo do centro cirúrgico e expurgo; Área Limpa: Preparo e Esterilização, Desinfecção Química, Dobradura de Roupas e Área Estéril, utilizar o vestiário da área limpa.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Área Suja: Unissex, touca, protetor auricular, óculos de proteção ou protetor facial, máscara N95, bota com cano longo, avental de manga longa impermeável com punho, luva nitrílica e luvas termorresistente. Utilizar Luva Nitrílica: no recebimento, lavagem, secagem e montagem de carga na termodesinfectora.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Paramentar-se para área do preparo com: <ul style="list-style-type: none"> • Unissex, touca, protetor auricular, máscara de procedimento, luvas de procedimento, e sapato impermeável hospitalar. • Utilizar luva de procedimento: durante o preparo dos artigos que passaram por processo de limpeza manual, automatizada e termodesinfecção; • Utilizar luvas termorresistentes: ao descarregar as termodesinfectoras, carregar e descarregar as unidades secadoras e montagem de carga das autoclaves. 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Paramentar-se para área de desinfecção química com: <ul style="list-style-type: none"> • EPIs: Unissex, touca, protetor auricular, óculos de proteção, máscara N95, luva nitrílica, luva estéril, avental impermeável e sapato impermeável hospitalar. • Utilizar Luva de procedimento para imersão; • Utilizar luva cirúrgica para remoção da solução do ácido peracético, enxágue, secagem e empacotamento do artigo após desinfecção química. 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Paramentar-se para área estéril com: <ul style="list-style-type: none"> • EPIs: Unissex, touca, máscara de procedimento, 	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

	protetor auricular, luva de proteção térmica. Obs.: Utilizar luva de proteção térmica ao descarregar a autoclaves.	
--	--	--

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

CC: Centro Cirúrgico

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

NR 32. Site do Ministério do Trabalho www.mte.gov.br; APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar;

Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Antissepsia. 2ª Edição revisada, 2000.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

5.2 Limpeza terminal no CME

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Limpeza terminal no CME	Versão: 00
	Folha N°: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto de limpeza terminal nas áreas da CME, facilitando a rotina e organização, evitando assim a contaminação dentro do ambiente.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza terminal de todas as áreas do setor CME, objetivando a redução da sujeira e minimizando a possibilidade de contaminação ambiental de todas as superfícies horizontais e verticais.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Paramentar com EPI's adequados: unissex, sapato impermeável preconizado pela instituição e gorro.	Técnico de Enfermagem
2	Realizar limpeza terminal semanalmente, em conjunto com equipe da higienização.	Técnico de Enfermagem
3	Auxiliar os colaboradores da higienização na limpeza terminal, afastando prateleiras, armários e cobrindo artigos. Compete a equipe do setor de higienização a limpeza de paredes e pisos.	Técnicode Enfermagem
4	Higienizar prateleiras, bancadas, equipamentos e máquinas de todos os setores do CME semanalmente, nos quais estes devem ser executadas pela equipe do CME, exceto, o arsenal.	Técnico de Enfermagem

5	Executar a limpeza, do arsenal, cujas, prateleiras devem ser limpas diariamente, de forma gradativa, conforme identificado no setor. Avaliar também a integridade e validade dos pacotes, os quais, devem ser manipulados de forma cautelosa, para evitar dano ao material.	Técnico de Enfermagem
6	Limpar as autoclaves semanalmente, iniciando na parte externa com pano umedecido, secar com pano seco e aplicar lubrificante (somente na parte externa).	Técnico de Enfermagem
7	Higienizar a secadora, quando fria, internamente e externamente com pano úmido (água filtrada) e outro seco, atentando para integridade da máquina.	Técnico de Enfermagem

Observações:

1. O serviço de limpeza da unidade é realizada diariamente (limpeza concorrente) o qual tem grande importância no controle das infecções hospitalares.
2. A unidade dispõe de uma colaboradora que realiza a limpeza dos setores expurgo (área suja) e outra para o setor área limpa (química, preparo e área estéril), visto que, é realizado três vezes ao dia nas áreas limpas e continuamente na área suja.
3. A limpeza terminal é realizada uma vez por semana, onde são limpas todas as áreas da unidade, tanto horizontal quanto vertical (parede, teto e piso).

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's: Equipamentos de Proteção Individual.

CC: Centro Cirúrgico

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União.

Brasília, 19 de Março de 2012;

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO


RELACIONADO A ASSISTÊNCIA A SAÚDE (APECIH), higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos do serviço de saúde, São Paulo, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xx xx Data

5.3 Tratamento de Explantos

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Tratamento de Explantos	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto no processo de limpeza e esterilização dos produtos para saúde oriundos de explantes, facilitando a rotina e organização, evitando assim a contaminação em todo processo.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de limpeza e esterilização dos produtos para saúde oriundos deexplantos, a fim de atender as exigências da RDC nº15, de março de 2012.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem
2	Paramentar com EPI's adequados: unissex, sapato impermeável preconizado pela instituição e gorro.	Técnico de Enfermagem
3	Receber o material devidamente identificado a com a etiqueta de identificação de explantes.	Técnico de Enfermagem
4	Desmontar cuidadosamente o produto sempre que possível, caso possua reentrâncias, lúmens; Utilizar escovas de diâmetros e comprimento adequados.	Técnico de Enfermagem
5	Proceder a limpeza manual dos artigos, utilizando detergente enzimático (diluído conforme orientação do fabricante); Utilizar escovas adequadas para cada material.	Técnico de Enfermagem
6	Enxaguar abundantemente em água corrente.	Técnico de Enfermagem
7	Colocar na termodesinfectora no ciclo para instrumentais e em rack destinado a instrumental.	Técnico de Enfermagem
8	Secar o produto inspecionando condições de limpeza e encaminhar para o setor de preparo.	Técnico de Enfermagem
9	Envolver em papel grau cirúrgico e selar.	Técnico de Enfermagem
10	Alimentar planilha de controle de retirada e esterilização dos explantes , com todos os dados, passível de rastreabilidade.	Enfermeiro
11	Identificar o produto com etiqueta de identificação da embalagem estéril.	Técnico de Enfermagem
12	Armazenar temporariamente no contêiner disponível no setor de preparo.	Técnico de Enfermagem
13	Acionar coleta dosexplantes ao setor de higienização, responsável pelo serviço de coleta de resíduo interno via ramal disponível no setor	Técnico de Enfermagem
14	Preencher o Termo de entrega dos explantes devolvidos , caso seja solicitado pelo paciente, com devidas orientações de proibido reutilização.	Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's: Equipamentos de Proteção Individual.

CC: Centro Cirúrgico

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

BRASIL. Resolução – RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de Março de 2012.


Associação paulista de epidemiologia e controle de infecção Relacionado a assistência a saúde (apech), higiene, desinfecção ambiental e resíduos sólidos do serviço de saúde, São Paulo, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

5.4 Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da CME

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: CME		Identificação: 000
Assunto: Manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da CME		Versão: 00
		Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A realização da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da CME, mantendo assim a integridade da mesma.

2. OBJETIVO

Definir o procedimento para execução dos trabalhos de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da CME.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Informar a equipe de enfermagem, com 24 horas de antecedência, sobre a manutenção preventiva, após agendado pela engenharia clínica da unidade.	Enfermeiro
2	Desligar a máquina escolhida do dia, às 02 horas da manhã, para início da manutenção às 08 horas, pois a máquina deverá estar fria, passível de manuseio.	Enfermeiro
3	Acompanhar o trabalho de revisão dos equipamentos.	Enfermeiro
4	Apresentar e apontar as alterações e observações importantes a supervisão de enfermagem da CME.	Enfermeiro
5	Realizar Bowie Dick, após término da manutenção. Se resultado satisfatório liberar máquina e comunicar equipe.	Enfermeiro
6	Iniciar ciclos com biológico diário.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Solicitar e acompanhar troca dos filtros das torneiras do CME, mensalmente e/ou quando identificar alteração na coloração ou aspecto da água.	Enfermeiro
8	Registrar no controle de troca de filtro de torneiras do CME, a data, horário, local da torneira, nome do responsável pela empresa, nome do responsável do CME e se necessário	Enfermeiro

	acrescentar observações pertinentes de descrição.	
9	Acompanhar a coleta de água semestralmente por laboratório terceirizado selecionado pela unidade, em pontos já pré definidos (pré osmose e pós osmose) para o processo de qualidade da água usada no CME.	Enfermeiro
10	<p>Analisar resultados dos testes realizados da água e se resultado insatisfatório, em conjunto com SCIRAS deverá solicitar limpeza e troca dos filtros.</p> <p>Verificar a limpeza das caixas de água e requisitar nova coleta. Atéque resultado seja satisfatório o uso desta água deverá ser suspensa.</p>	Enfermeiro/SCIRAS

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

SCIRAS : O Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anes- tésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada – Nº 15, de 15 de Março de 2012;


Portaria 2914 de 12/12/2011 - MINISTÉRIO DA SAÚDE dispõe sobre os procedimentosde controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de po- tabilidade.

8. ANEXOS

Não se aplica

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Gestor(es) do(s) processo(s) Data</p>
---	---	---

5.5 Identificação, recebimento e processamento de materiais de uso único

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Identificação, recebimento e processamento de materiais de uso único	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

É a identificação, o recebimento e processamento de materiais de uso único destinado a assistência à saúde do paciente.

2. OBJETIVO

Padronizar a identificação, recebimento e processamento de materiais de uso único destinado a assistência a saúde do paciente.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Receber o material destinado ao processo de esterilização ou desinfecção química, ainda na embalagem e com o rótulo, contendo em seu descritivo informações do produto passível de avaliação.	Enfermeiro
2	Recusar recebimento se no rótulo trazer a seguinte informação: "PROIBIDO REPROCESSAR" , conforme estabelece a RDC/Anvisa nº 156/2006, que dispõe sobre registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e esclarecer ao interessado que este produto não poderá ser processado.	Enfermeiro
3	Avaliar o material e orientar a equipe a cerca do correto preparo e esterilização ou desinfecção do artigo, conforme especificação do mesmo.	Enfermeiro

4	Encaminhar para CPPS os materiais de uso único com intuito de novos reprocessos, os quais serão analisados pela comissão se estes são passíveis de reuso, bem como seu custo/benefício e delimitação do reprocesso.	Enfermeiro
5	Preencher a etiqueta de identificação dos produtos de uso único.	Enfermeiro
6	Sinalizar a Enfermeiro do plantão qualquer falha na integridade e funcionalidade do material.	Enfermeiro/ Téc. Enfermagem
7	Descartar o produto quando a integridade e funcionalidade estiverem prejudicadas e/ou quando definido pela CPPS.	Enfermeiro

6. SIGLAS

CPPS: Comitê de Processamento de Produtos para Saúde.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

RDC Resolução da Diretoria Colegiada – Nº 15, de 15 de Março de 2012;

RDC Resolução da Diretoria Colegiada – Nº 156, de 11 de agosto de 2006;

RDC Resolução da Diretoria Colegiada – Nº 30, de 15 de fevereiro de 2006; Consulta Pública nº 17, de 19 de março de 2004. D.O.U de 22/03/2004.

8. ANEXOS

Não se aplica

<p>Elaborado por:</p> <p>Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data</p>	<p>Revisado por:</p> <p>Nome de quem revisou o documento</p>	<p>Aprovado para uso:</p> <p>Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Gestor(es) do(s) processo(s) Data</p>
---	---	---

5.6 Processo de esterilização na máquina de peróxido de hidrogênio

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Processo de esterilização na máquina de peróxido de hidrogênio	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Consiste em um processo físico-químico realizado por meio de equipamento próprio, que utiliza como agente esterilizante insumos específicos com base de peróxido de hidrogênio e gera plasma de baixa temperatura. É utilizado para esterilização de artigos termossensíveis.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de esterilização na máquina peróxido de hidrogênio dos artigos termossensíveis não passíveis à esterilização em alta temperatura.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Receber os materiais, no setor do preparo, destinados ao processo de peróxido de hidrogênio, inspecionando sua integridade e encaminhar para bancada de preparo e secagem.	Técnico de Enfermagem
2	Secar com ar comprimido, utilizando compressa limpa e seca ou na secadora. Certificar-se de que os materiais foram bem secos, se necessário, repita o processo. (Obs.: O ciclo aborta na presença de umidade).	Técnico de Enfermagem

3	Envolver os materiais com envólucros destinados ao processo de esterilização na autoclave de peróxido de hidrogênio (estes devem ser livres de celulose e algodão) como tyvek e manta SMS.	Técnico de Enfermagem
4	Ligar o interruptor lateral principal da máquina de peróxido de hidrogênio (localizado no painel frontal esquerdo). O aquecimento pode demorar uma hora.	Técnico de Enfermagem
5	Montar o teste biológico em pacote Tyvek e dispor no fundo da câmara na prateleira inferior, com a abertura voltada para o fundo da câmara, no primeiro ciclo do dia. Colocar o biológico na incubadora destinada para leitura das ampolas e realizar a leitura.	Técnico de Enfermagem
6	Registrar na ficha de controle dos ciclos de esterilização da autoclave peróxido de hidrogênio, os artigos e quantidades processadas em cada ciclo.	Técnico de Enfermagem
7	Montar teste desafio envolvendo o integrador químico com tyvek que será disposto no fundo da câmara na prateleira inferior em todos os ciclos.	Técnico de Enfermagem
8	Certificar-se, antes de iniciar o ciclo que a placa vaporizadora está encaixada, fechar a porta e iniciar o ciclo selecionado a tecla iniciar.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Acionar a tecla “Abre Porta” para abrir a porta ao final do ciclo quando a máquina emitir um sinal sonoro junto a mensagem de “Processo Completo”. Verificar impressão do ciclo.	Técnico de Enfermagem
10	Retirar os cestos, bem como os testes químico e biológico, em seguida fechar a porta no comando específico para manter a temperatura.	Técnico de Enfermagem
11	Realizar a leitura do integrador químico e fixá-lo na ficha de controle dos ciclos de esterilização da autoclave peróxido de hidrogênio, junto a etiqueta do ciclo.	Enfermeiro
12	Encaminhar para o setor de arsenal os artigos estéreis.	Técnico de Enfermagem
13	Realizar a troca do cassete quando apresentar a mensagem no painel indicando que há necessidade da reposição. Antes de realizar a troca, verificar a integridade do mesmo e o prazo de validade. Identificar a seta de direção do cassete, segurar pelas extremidades e coloque-a na porta do cassete, localizada acima da câmara de esterilização. Após inserção, a	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

	máquina completa o posicionamento para o novo ciclo.	
14	Realizar a substituição da placa vaporizadora a cada 145 ciclos. Segurar a extremidade da placa, puxando-a firmemente para fora e para baixo até que a mesma se desprenda e encaminhe para o resíduo químico (para este manuseio, utilizar óculos de proteção e luva).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
15	Remover a placa da embalagem e inserir no orifício correspondente, pressionando as laterais até que a mesma fixe corretamente (para este manuseio, utilizar EPI's: óculos de proteção e luva).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's: Equipamentos de proteção individual.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

RDC- Resolução da Diretoria Colegiada – Nº 15, de 15 de Março de 2012.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

5.7 Processamento de Materiais Vencidos no CME

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Processamento de Materiais Vencidos no CME	Versão: 00
	Folha Nº: 1/2

1. INTRODUÇÃO

É o reprocessamento dos materiais vencidos sem utilização ou que possam ter tido a integridade das embalagens comprometidas.

2. OBJETIVO

Padronizar o processamento dos materiais vencidos no CME.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Verificar diariamente as datas dos materiais, dispondoos que vencerão na semana;	Técnico de Enfermagem
2	Acompanhar através do mapa cirúrgico, a necessidade desses materiais com vencimento próximo, priorizando sua utilização.	Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem
3	Encaminhar os materiais vencidos para o expurgo, seguindo o fluxo unidirecional até as 17:00 Hs, de forma gradativa, após comunicar Enfermeiro de plantão. Lançar em planilha específica.	Técnico de Enfermagem
4	Lavar todos os materiais com detergente enzimático e encaminhar para o processo automatizado quando necessário, correspondente a cada tipo de material (lavadora ultrassônica ou termodesinfectora) atentando para sua integridade e correta	Técnico de Enfermagem

	composição;	
5	Realizar o enxágue do instrumental em água corrente filtrada quando optado pelo processo da lavadouraultrassônica;	Técnico de Enfermagem
6	Secar todos os materiais com compressa, ar comprimido ou encaminhar para secadora;	Téc. de Enfermagem
7	Encaminhar os materiais para o setor de preparo e esterilização.	Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

5.8 Armazenamento e controle dos artigos após processo de esterilização ou desinfecção química

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: CME		Identificação: 000
		Versão: 00

Assunto: Armazenamento e controle dos artigos após processo de esterilização ou desinfecção química

Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Consiste no processo de armazenamento de artigos que já passaram pela fase de esterilização, a fim de organizar e manter a integridade dos materiais.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de armazenamento de artigos esterilizados, a fim de manter a integridade da esterilização e do conteúdo, bem como facilitar a localização/identificação dos materiais.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Calçar as luvas de proteção térmica.	Técnico de Enfermagem
2	Abrir a porta do lado estéril da autoclave.	Técnico de Enfermagem
3	Remover o carrinho de descarga da autoclave.	Técnico de Enfermagem
4	Manusear os pacotes quando estiverem completamente frios antes de estocá-los ou removê-los do carrinho de descarga da autoclave.	Técnico de Enfermagem
5	Cerificar-se que os pacotes estão completamente frios afim de evitar a condensação do vapor tanto fora quanto dentro dos pacotes.	Técnico de Enfermagem
6	Conferir a integridade das embalagens e rótulos.	Técnico de Enfermagem
7	Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte.	Técnico de Enfermagem

8	Estocar os artigos esterilizados nos cestos, armários ou prateleiras de acordo com a sua identificação, sem contato com a parede.	Técnico de Enfermagem
9	Organizar os artigos e considerar como contaminados os pacotes que caírem no chão ou que apresentar a embalagem violada e/ou danificada (furos, rasgos) bem como os que estiverem comprimidos, torcidos ou úmidos.	Técnico de Enfermagem
10	Posicionar os pacotes com data de esterilização mais antiga à frente daqueles com data mais recente.	Técnico de Enfermagem
11	Guardar e distribuir os artigos obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, liberar os mais antigos antes dos mais novos.	Técnico de Enfermagem
12	Efetuar a inspeção diária dos artigos estocados para a verificação de qualquer degradação visível e o prazo de validade.	Técnico de Enfermagem
13	Manter o setor organizado e o controle dos materiais em estoque, registrando diariamente a quantidade de materiais na <i>ficha de estoque de materiais no arsenal</i> , sinalizando a Enfermeiro do setor o déficit a serem priorizados.	Técnico de Enfermagem
14	Atender a solicitação de requisição de materiais do CC mediante " Ficha de requisição de materiais no CME " para montagem das salas cirúrgicas e dos setores através da ficha, preenchidos adequadamente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
15	Arquivar em pastas físicas correspondentes a requisição de materiais no CME para montagem das salas cirúrgicas e requisição de materiais no CME.	Enfermeiro
16	Verificar os prazos de validade dos artigos, identificandoem sua lateral os materiais a vencer na semana (iniciando no domingo), retirar os vencidos e encaminhá-los para expurgo para iniciarem novo processo.	Técnico de Enfermagem
17	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente da área de armazenamento de artigos esterilizados, registrando os valores na " Ficha de controle de temperatura e umidade ", nos períodos matutino e vespertino.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
18	Realizar visita mensal em cada setor da unidade com objetivo de avaliar o armazenamento, integridade, validade e acúmulo de materiais, evitando que outros setores fiquem desprovidos de alguns materiais. A avaliação setorial deverá ser registrada no documento de não conformidade nas visitas dos setores, passível de tratativas com responsáveis, visando a redução de custos e melhoria no atendimento ao cliente.	Enfermeiro

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

CC: Centro Cirúrgico.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.;


BRASIL. Resolução-RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de Março de 2012.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

5.9 Fluxo de recebimento e entrega de materiais proveniente do Centro Cirúrgico

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: CME		Identificação: 000
Assunto: Fluxo de recebimento e entrega de materiais proveniente do Centro Cirúrgico		Versão: 00
		Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto e unidirecional de entrega e recebimento de materiais do centro cirúrgico, facilitando a rotina e organização, evitando assim o cruzamento de artigos sujos, com artigos limpos, garantindo assim uma entrega livre de contaminação.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo dos materiais de uso para a assistência a saúde no CC, desde

seu recebimento no expurgo, até a distribuição, após estéril.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Paramentação com os EPIs: unissex, sapato impermeável preconizado pela instituição e gorro, conforme rotina para adentrar na área do CME.	Técnico de Enfermagem
2	Receber os materiais provenientes do CC, avaliando: composição, integridade e funcionalidade. Ao detectar falha na entrega, solicitar preenchimento da “ Ficha de Registro de não conformidade na entrega dos materiais dos setores ”, e acionar Enfermeiro do plantão para tratativas pertinentes.	Técnico de Enfermagem
3	Desmontar os materiais e imergi-los em solução com detergente enzimático por tempo e diluição, conforme orientação do fabricante.	Técnico de Enfermagem
4	Realizar limpeza friccionando com esponjas e/ou escovas apropriadas a cada material, inspecionando cuidadosamente.	Técnico de Enfermagem
5	Enxaguar em água corrente filtrada e encaminhar para limpeza automatizada correspondente a cada material conforme limpeza automatizada nas termo desinfectoras e limpeza automatizada realizada na lavadora ultrassônica.	Técnico de Enfermagem
6	Encaminhar os materiais aos processos correspondentes a característica de cada um, os quais serão submetidos ao processo de esterilização à vapor, por peróxido de hidrogênio ou desinfecção química, conforme preparo, invólucros dos artigos e montagem das cargas da autoclave.	Técnico de Enfermagem
7	Armazenar e distribuir os artigos no CC conforme rotina de armazenamento e controle dos artigos, após processos de esterilização ou desinfecção química, atentando para validade e fornecimento dos materiais conforme o solicitado, sinalizando ao enfermeiro do plantão problemas ocorrentes durante a ofertada destes artigos.	Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

CC: Centro Cirúrgico

EPI's: Equipamentos de proteção individual

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada – Nº 15, de 15 de Março de 2012.

Portaria 2914 de 12/12/2011 - MINISTÉRIO DA SAÚDE dispõe sobre os procedimentos de controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

5.10 Fluxo de recebimento e entrega de materiais proveniente dos setores

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Fluxo de recebimento e entrega de materiais proveniente dos setores	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto e unidirecional de entrega e recebimento de materiais do centro cirúrgico, facilitando a rotina e organização, evitando assim o cruzamento de artigos sujos, com artigos limpos, garantindo assim uma entrega livre de contaminação.

ARTIGOS CRÍTICOS: Artigos utilizados em procedimentos invasivos com penetração em pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular.

ARTIGOS SEMICRÍTICOS: Artigos que entram em contato com membrana, mucosa íntegra ou pele não íntegra, ficando restritos a suas camadas. Requerem desinfecção de nível intermediário ou de alto nível ou esterilização.

ARTIGOS NÃO CRÍTICOS: Artigos que entram em contato apenas com a pele íntegra, ou não entram em contato com os pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção.

2. OBJETIVO

Instituir um fluxo direto e unidirecional de entrega e recebimento de materiais provenientes dos setores assistenciais como: Pronto socorro, internações, SADT, internações, CERFIS, Ambulatório, facilitando a rotina e organização, evitando assim o cruzamento de artigos sujos, com artigos limpos, garantindo assim uma entrega livre de contaminação.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Higienizar as mãos antes e depois das atividades realizadas	Técnico de Enfermagem
2	Utilizar is EPI's adequados conforme a seguir: unissex; gorro; máscara; óculos de proteção; capote de manga longa com punho e abertura posterior; avental; bota de borracha antiderrapante de cano longo.	Técnico de Enfermagem

3	<p>Separar os materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esponja macia de limpeza; • Degermante enzimático; • Escova de cerdas macias; • Álcool a 70 %; • Campos ou compressas limpas e secas. 	Técnico de Enfermagem
4	Realizar a limpeza das bancadas com água e degermante enzimático, com auxílio de uma compressa.	Técnico de Enfermagem
5	Realizar desinfecção das bancadas com álcool 70%, com auxílio de uma compressa, fazer a fricção no mínimo 05 vezes em cada local.	Técnico de Enfermagem
6	Forrar as bancadas de secagem com campos limpos, secos e de cor clara, efetuar a troca destes campos quando estiverem com excesso de umidade ou sempre que necessário.	Técnico de Enfermagem
7	Desprezar as soluções enzimáticas contidas nos vasilhames próprios, na pia, no final de cada turno de trabalho ou sempre que houver necessidade.	Técnico de Enfermagem
8	Lavar os vasilhames com água e detergente neutro.	Técnico de Enfermagem
9	Secar com compressas limpas e secas.	Técnico de Enfermagem
10	Ao final de cada turno de trabalho, realizar limpeza dos EPI's tais como: óculos, aventais impermeáveis e botas, com água e detergente neutro em seguida realizar a desinfecção com álcool 70%.	Técnico de Enfermagem
11	Após realizar as atividades do expurgo, tomar banho antes de sair da unidade.	Técnico de Enfermagem

PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

Comunicar a Enfermeiro quando observar defeitos, desgaste ou falta de peças; -
Comunicar imediatamente a falta de instrumentais nas bandejas.

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's Equipamentos de Proteção individual

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

REFERÊNCIAS: 1- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2015.

2- Brasil. Ministério da Saúde. Orientações Gerais para Central de Esterilização. Brasília; 2001


3- Brasil. Agencia Nacional de vigilância Sanitária, Informe técnico nº 01/09 – princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em serviços de saúde. Brasília; 2009

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

5.11 Preparo, invólucros dos artigos e montagem das cargas da autoclave

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>		
Setor: CME		Identificação: 000
Assunto: Preparo, invólucros dos artigos e montagem das cargas da autoclave		Versão: 00
		Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A autoclavagem é um tratamento térmico bastante utilizado no ambiente hospitalar e que consiste em manter o material contaminado a uma temperatura elevada, através

do contato com vapor de água, durante um período suficiente para destruir todos os agentes patogênicos. Esse documento consiste em apresentar o processo de preparo, invólucros e montagem de carga das autoclaves.

2. OBJETIVO

Padronizar a rotina do preparo, invólucros e montagem de carga das autoclaves, a fim de, promover integridade e condições de funcionalidade, favorecendo em maior vida útil a esses artigos e segurança ao paciente/cliente, sem risco de contaminação.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem
2	Paramentar-se com EPI's adequados.	Técnico de Enfermagem
3	Conferir o material, realizando inspeção rigorosa do processo de limpeza com auxílio de lentes intensificadoras de imagem, em todas reentrâncias, cremalheiras e verificar a integridade e funcionalidade de cada peça.	Técnico de Enfermagem
4	Selecionar a embalagem de acordo com o processo, peso e o tamanho do item.	Técnico de Enfermagem
5	Acondicionar o material conforme padronizado, em bandejas e/ou caixas conforme identificação;	Técnico de Enfermagem
6	Avaliar a necessidade de embalagens duplas e envolver os materiais usando a técnica de envelope (01 campo simples SMS ou tecido no interior e outro externamente),atentando para compatibilidade dos envólucros. Lacrar o pacote com fita autoclavável;	Técnico de Enfermagem
7	Afixar a e tiqueta de identificação da embalagem estéril, informando o conteúdo do pacote, data da esterilização, data de validade, método de esterilização, quantidade de itens, lote de esterilização, nome do funcionário	Técnico de Enfermagem

	responsável pelo preparo do pacote;	
8	Cortar o grau cirúrgico, respeitando a medida do artigo a ser embalado, selar uma das extremidades e colocá-la na embalagem e selar a outra parte extrema. Observar se a selagem está íntegra e avaliar a necessidade de um segundo envólucro (de grau cirúrgico) fixar etiqueta na parte plástica com fita autoclavável; não escrever diretamente no invólucro.	Técnico de Enfermagem
9	Separar os materiais que estão envolvidos com invólucros correspondente ao material e ciclo programado (121°C ou 134°C) e identificados.	Técnico de Enfermagem
10	Abrir a porta da autoclave e encaixar o suporte do rack puxando para fora da autoclave.	Técnico de Enfermagem
11	Carregar a autoclave obedecendo as especificações dos materiais.	Técnico de Enfermagem
12	Dispor os artigos nos racks e não compactá-los, mantendo as caixas sempre na posição horizontal (não as virar);	Técnico de Enfermagem
13	Respeitar à distância de 2,5 cm a 5 cm entre os materiais;	Técnico de Enfermagem
14	Colocar os artigos côncavos/convexos como comadres, baldes e frascos na posição vertical;	Técnico de Enfermagem
15	Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara;	Técnico de Enfermagem
16	Selecionar o ciclo desejado;	Técnico de Enfermagem
17	Anotar na ficha de controle dos ciclos de esterelização, preencher data, tipo do ciclo, número do ciclo, operador, lote, horário do início e descrever os artigos e quantidades colocadas em ciclo;	Técnico de Enfermagem
18	Fechar a porta da autoclave, o qual, o ciclo será iniciado.	Técnico de Enfermagem
19	Verificar diariamente a temperatura e umidade do ambiente, registrando os valores na ficha de controle de temperatura e umidade, nos períodos matutino e vespertino	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's Equipamentos de Proteção individual

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.;


BRASIL. Resolução-RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Diário Oficial da União. Brasília, 19 de Março de 2012.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

5.12 Rotina de trabalho do setor de guarda e distribuição de materiais

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Rotina de trabalho do setor de guarda e distribuição de materiais	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

O setor de guarda e distribuição de materiais é o local destinado a guarda do material esterilizado até o momento de sua distribuição para as unidades consumidoras.

2. OBJETIVO

Padronizar Rotina de trabalho do setor de guarda e distribuição de materiais. Garantir

a integridade e a esterilidade dos materiais até a entrega para as unidades consumidoras.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Proteger os artigos de contaminação, danos físicos e perda durante o transporte, utilizando recipiente rígido ou saco plástico impermeável;	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
2	Considerar como contaminado os pacotes que caírem no chão ou que estiverem com falhas na integridade da embalagem, comprimidos, torcidos ou úmidos;	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
3	Guardar e distribuir os artigos do estoque obedecendo à ordem cronológica de seus lotes de esterilização, ou seja, proceder à liberação dos lotes mais antigos antes dos mais novos;	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
4	Efetuar inspeção periódica dos artigos estocados para verificação de qualquer degradação visível.	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
5	Estabelecer frequência de limpeza diária da área de estoque, dos carros ou das caixas de transporte	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
6	Observar atentamente o prazo de validade fornecido pelo fabricante da embalagem, evitando ultrapassar este limite, uma vez tal orientação significa garantia assegurada de sua utilização em perfeitas condições.	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
7	Proteger os artigos de modo a evitar a contaminação durante o transporte;	Enfermeiro Técnico de Enfermagem

8	Adotar sistema de registro para controle de distribuição de artigos esterilizados.	Enfermeiro
----------	--	------------

PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

Cardo & Drake (1996) recomendam temperatura ambiente entre 18º e 22ºC e umidade relativa entre 35 a 50ºC;

- O local de armazenagem deve ser adjacente à área de esterilização, distantes de fonte de água, janelas abertas, portas, tubulação;
- Trânsito limitado de pessoas, manipulação mínima e cuidadosa;
- O suporte dos cestos, armários fechados ou prateleiras devem apresentar distância de no mínimo 20cm do piso, 5cm das paredes e 45cm do teto;
- Estocar os artigos em área que tenha condições de segurança patrimonial contra extravio; Não utilizar artigos que apresentem as seguintes alterações: papel grau cirúrgico amassado, invólucros com umidade ou com manchas, invólucro em não-tecido com desprendimento de partículas, suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade;
- Observar atentamente o prazo de validade fornecido pelo fabricante da embalagem, evitando ultrapassar este limite, uma vez tal orientação significa garantia assegurada de sua utilização em perfeitas condições;
- Proteger os artigos de modo a evitar a contaminação durante o transporte;
- Adotar sistema de registro para controle de distribuição de artigos esterilizados. OBS: o prazo de validade de um pacote estéril é o período no qual pode ser utilizado com segurança e depende: do tipo e configuração do artigo, do tipo e qualidade da embalagem, condições de armazenamento e “eventos relacionados”, tais como: manipulação do pacote, quedas ou intercorrências.

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's Equipamentos de Proteção individual

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

GRAZIANO, K.U; SILVA, A; PSALTIKIDIS, E. M. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. Barueri: Manole, 2011.


SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas Recomendadas, 6 ed. São Paulo, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

5.13 Limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio	Versão: 00
	Folha N°: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Os artigos não críticos são artigos que entram em contato apenas com a pele íntegra, ou não entram em contato com os pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção.

2. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza e desinfecção de cabos e lâminas de laringoscópio.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Paramentar com os EPIs adequados; Unissex; gorro; máscara; óculos de proteção; capote de manga longa com punho e abertura posterior; avental; bota de borracha antiderrapante impermeável; luvas de borracha ante derrapante de cano longo;	Técnico de Enfermagem
2	Separar o material: · Esponja macia de limpeza; · Compressa ou pano limpo e seco; · Vasilhames com tampa; · Álcool a 70%	Técnico de Enfermagem
3	Imergir a lâmina do laringoscópio na solução de enzimático por 3 min, lavando com a esponja (não deixar de molho por muito tempo);	Técnico de Enfermagem
4	Enxaguar abundantemente em água corrente;	Técnico de Enfermagem
5	Secar a lâmina com compressa limpa;	Técnico de Enfermagem
6	Friccionar álcool a 70% na lâmina, conforme rotina;	Técnico de Enfermagem
7	Limpar o cabo de laringoscópio com pano solução enzimático;	Técnico de Enfermagem
8	Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;	Técnico de Enfermagem
9	Friccionar álcool a 70% no cabo;	Técnico de Enfermagem
10	Empacotar em sacos plásticos e selar;	Técnico de Enfermagem
11	Selar e identificar com data de preparo, data de validade, identificação do material e nome do funcionário responsável pelo preparo;	Técnico de Enfermagem
12	Empacotar em sacos plásticos, selar e identificar com data de preparo, data de validade, identificação do material e assinatura do responsável pelo setor.	Técnico de Enfermagem

13	Manter setor limpo e organizado.	Técnico de Enfermagem
----	----------------------------------	-----------------------

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's Equipamentos de Proteção individual

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações Gerais para Central de Esterilização. Brasília; 2001.

Brasil. Agencia Nacional de vigilância Sanitária, Informe técnico nº 01/09 – princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em serviços de saúde. Brasília; 2009.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

5.14 Limpeza e desinfecção de nebulizadores

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	agir
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Limpeza e desinfecção de nebulizadores (máscara, copinho e rabicho)	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

OS artigos não críticos são artigos que entram em contato apenas com a pele íntegra, ou não entram em contato com os pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção.

2. OBJETIVO

Padronizar a técnica de limpeza e desinfecção de nebulizadores.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Paramentar com os EPIs adequados; Unisex; gorro; máscara; óculos de proteção; capote de manga longa com punho e abertura posterior; avental; bota de borracha antiderrapante impermeável; luvas de borracha ante derrapante de cano longo;	Técnico de Enfermagem
2	Desconectar as peças,	Técnico de Enfermagem
3	Fazer imersão em solução enzimática, injetar a solução na luz do 'rabicho" com ajuda de uma seringa de 20 ml; lavar cada peça com solução enzimática;	Técnico de Enfermagem
4	Enxaguar ambulante a luz do rabicho com jatos de água com ajuda de uma seringa;	Técnico de Enfermagem
5	Colocar para escorrer ou secar com ar comprimido;	Técnico de Enfermagem
6	Enxaguar as demais peças rigorosamente internamente e externamente;	Técnico de Enfermagem
7	Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente se necessário;	Técnico de Enfermagem

8	Encaminhar para setor de DQ	Técnico de Enfermagem
9	Paramentação: Unissex, gorro, respirador facial para agentes químicos, protetor auditivo tipo concha, sapato fechado e quando for retirar o material estéril usar capote e luvas estéreis.	Técnico de Enfermagem
10	Separar os materiais: <ul style="list-style-type: none"> · Vasilhame com tampa com âmbar; · Ácido Peracético; · Seringa de 20 ml; · Pacote de campos estéreis; · Compressas estéreis; · Luvas estéreis; · Luvas de procedimento 	Técnico de Enfermagem
11	Imergir todas as peças em solução por 10 min, no recipiente opaco com tampa;	Técnico de Enfermagem
12	Usar máscara, gorro, protetor auricular, capotes e luvas estéreis para retirada dos materiais;	Técnico de Enfermagem
13	Forrar as bancadas com campo estéril;	Técnico de Enfermagem
14	Abrir compressas estéreis sobre os campos;	Técnico de Enfermagem
15	Retirar o material da solução, enxaguar rigorosamente em água filtrada, deixar escorrer sobre pano limpo e seco;	Técnico de Enfermagem
16	Secar com compressas limpas, seca e estéril;	Técnico de Enfermagem
17	Empacotar em sacos plásticos, selar e identificar com data de preparo, data de validade, identificação do material e assinatura do responsável pelo setor.	Técnico de Enfermagem/ Enfermeiro

PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

- Comunicar a Enfermeiro quando observar defeitos, desgaste.

6. SIGLAS

CME: Central de Material e Esterilização.

EPI's Equipamentos de Proteção individual

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações Gerais para Central de Esterilização. Brasília; 2001

Brasil. Agencia Nacional de vigilância Sanitária, Informe técnico nº 01/09 – princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em serviços de saúde. Brasília; 2009

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

5.15 Preparo dos Endoscópios

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>		agir
Setor: CME		Identificação: 000
Assunto: Preparo dos Endoscópios		Versão: 00
		Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Consiste na remoção da sujidade e na eliminação da maioria dos organismos patogênicos, visando a manutenção e aumento da vida útil do artigo e prevenir a transferência desses organismos para o paciente durante o procedimento.

2. OBJETIVO

Fornecer o instrumental em condições ideais de uso, evitando assim a transmissão cruzada de microorganismos aos pacientes por ocasião da endoscopia digestiva ou brônquica.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Para a <i>limpeza</i> = detergente enzimático, água corrente, cubas, escovas para canal e válvulas, pano macio, seringas, válvulas de irrigação dos diferentes canais.</p> <p>Para a <i>desinfecção</i> = cuba com solução desinfetante, seringa, válvulas de irrigação dos diferentes canais.</p> <p>Para <i>enxágue</i> = água corrente, cuba com água e válvulas de irrigação de diferentes canais, seringa.</p> <p>Para <i>secagem</i> = ar comprimido, pistola de ar sob pressão, pano de tecido macio.</p> <p>EPI: roupa privativa, gorro, máscara, óculos de proteção, capote impermeável, luvas de procedimento, luvas de cano longo, sapatos fechados e impermeáveis;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compressa limpa e estéril; - Solução enzimática; - Solução de quaternário de amônio diluído ou ativada; - Água corrente; - Vasilhame grande; 	Técnico de Enfermagem

2	Paramentar-se com EPI' s adequados;	Técnico de Enfermagem
3	Realizar desinfecção da bancada com álcool 70%;	Técnico de Enfermagem
4	Preparar materiais necessários para a realização do procedimento;	Técnico de Enfermagem
5	Ainda na sala de exame, imediatamente após ser retirado do paciente, com o aparelho conectado na fonte de luz, aspirar água com detergente enzimático para limpeza do excesso de secreção do canal. Limpar com compressa o tubo de inserção retirando o excesso de secreção.	Técnico de Enfermagem
6	Desconectar os componentes do endoscópio. realizar o teste de vedação após cada procedimento, antes de imergir o aparelho em solução.	Técnico de Enfermagem
7	<p>Teste de adapte o testador de vedação ao aparelho.</p> <ul style="list-style-type: none"> -coloque o aparelho na água imergindo a extremidade distal do aparelho, observando a formação de bolhas. -imersão lentamente, aos poucos, o aparelho, até que todo ele fique imerso. - Realizar movimento “up”, “down”, “right”, “left” observando a formação de bolhas ou queda de pressão no manômetro. -Caso o aparelho apresente algum vazamento ou escape de ar, não prossiga o processo de limpeza, pois imersão em água ou solução desinfetante, pode infiltrar no aparelho e danificá-lo. -Se o aparelho estiver íntegro: <ul style="list-style-type: none"> -Remover as válvulas, imergir em solução enzimática e proceder a escovação da mesma - lavar externamente o aparelho, comando e tubo com compressa macia e esponja - Introduzir a escova de limpeza no canal de biópsia até a saída na porção distal e remover a sujidade da escova ao sair na outra extremidade antes de tracioná-la de volta. 	Técnico de Enfermagem

	<p>-introduzir a escova de limpeza em ângulo de 45° através do canal de aspiração até a saída na porção distal do tubo.</p> <p>-introduzir a escova de limpeza através do canal de aspiração em ângulo reto até a saída na parte lateral do tubo conector.</p>	
8	Imergir totalmente o aparelho em detergente enzimático, obedecendo as instruções do fabricante para o uso adequado da solução	Técnico de Enfermagem
9	Cronometrar o tempo para imersão na solução , de acordo com a especificação do fabricante do desinfetante. Deve-se usar somente soluções com registro na Divisão de Saneantes do Ministério da Saúde	Técnico de Enfermagem
10	Remover as válvulas, imergir em solução enzimática e proceder a escovação da mesma	Técnico de Enfermagem
11	Proceder a limpeza mecânica do material com escova apropriada ou outro material indicado	Técnico de Enfermagem
12	Lavar externamente o aparelho, comando e tubo com compressa macia e esponja	Técnico de Enfermagem
13	Introduzir a escova de limpeza no canal de biópsia até a saída na porção distal e remover a sujidade da escova ao sair na outra extremidade antes de tracioná-la de volta.	Técnico de Enfermagem
14	introduzir a escova de limpeza em ângulo de 45° através do canal de aspiração até a saída na porção distal do tubo.	Técnico de Enfermagem
15	Realizar a limpeza da escova novamente antes de tracioná-la. escovar o local das válvulas com escova própria. Enxaguar os canais, utilizando os acessórios do aparelho fornecidos pelo fabricante para proceder a lavagem e desinfecção, utilizando baixa pressão.	Técnico de Enfermagem
16	Enxaguar em água corrente abundante, secar externamente e escorrer ao máximo antes de colocar o aparelho em solução desinfetante.	Técnico em enfermagem
17	Trocar a solução a cada 12 horas.	Técnico em enfermagem
18	armazenar os endoscópios em armários ventilados, de fácil limpeza, em temperatura ambiente, evitando calor e umidade	Técnico em enfermagem

	excessivo, na posição vertical, com o cuidado de não tracionar o cabo do tubo conector.
--	---

PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

- Trocar o produto a cada 12 horas, ou em caso de sujidade.

6. SIGLAS

Não se aplica.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2015.


Manual de Limpeza e Desinfecção de Aparelhos Endoscópicos – SOBEEG Sociedade Brasileira de Enfermagem em Endoscopia Gastrointestinal – Disponível no site www.sobeeg.com.br em 18 de dezembro de 2008.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

5.16 Limpeza Manual de Artigos Críticos, Semicríticos e Não Críticos

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: CME	Identificação: 000
Assunto: Limpeza Manual de Artigos Críticos, Semicríticos e Não Críticos	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Limpeza manual: método universal, usado no processo de limpeza de produtos médicos. A limpeza manual é requerida principalmente no caso de materiais sensíveis, delicados e de muita complexidade.

ARTIGOS CRÍTICOS: Artigos utilizados em procedimentos invasivos com penetração em pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e sistema vascular. Requerem esterilização. Dentre eles estão instrumental cirúrgico, tubos de látex, acrílico, silicone, vidraria e borracha para aspiração, fibra ótica (endoscópios e laparoscópios) e próteses.

ARTIGOS SEMICRÍTICOS: Artigos que entram em contato com membrana, mucosa íntegra ou pele não íntegra, ficando restritos a suas camadas. Requerem desinfecção de nível intermediário ou de alto nível ou esterilização. São eles: Equipamentos de anestesia gasosa, circuitos, máscaras, conexões em Y, ambú, traquéia, conexões e acessórios de respiradores artificiais, endoscópios em geral, Cânula de Guedel, acopladores, nebulizadores.

ARTIGOS NÃO CRÍTICOS: Artigos que entram em contato apenas com a pele íntegra, ou não entram em contato com os pacientes e apresentam baixo risco de transmissão de infecção. Requerem limpeza com água e detergente neutro ou enzimático complementada com desinfecção de baixo e médio nível ou esterilização. São eles: Comadres, Bacias, Cubas, Frasco de vidro do aspirador, Banheira infantil, válvulas de vácuo, oxigênio e ar comprimido, umidificadores de ar e oxigênio.

2. OBJETIVO

Padronizar a rotina de limpeza manual dos artigos críticos, semicríticos e não críticos na CME.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem
2	1. Luvas de cano longo; 2. Avental impermeável; 3. Capote; 4. Gorro; 5. Máscara; 6. Óculos com proteção lateral; 7. Calçados fechados;	Técnico de Enfermagem
3	Conferir material;	Técnico de Enfermagem
4	Imergir os artigos em solução de detergente enzimático, por tempo determinado pelo fabricante, lembrando de injetar a solução também dentro do lúmen dos mesmos com uma seringa de 20 ml, mantendo a solução em contato com o instrumental por no mínimo 10 minutos;	Técnico de Enfermagem
5	Retirar o artigo da solução detergente;;	Técnico de Enfermagem
6	Friccionar a superfície externa de cada instrumental com uma esponja macia, no mínimo cinco vezes, do sentido proximal para o distal. Repetir esse procedimento até a eliminação de sujidade visível, certificando-se de que todas as reentrâncias foram lavadas;	Técnico de Enfermagem
7	Friccionar a superfície interna de cada lúmen com uma escova macia, ajustada ao tamanho do lúmen, no mínimo cinco vezes, do sentido proximal para o distal. Repetir esse procedimento até a eliminação de sujidade visível;	Técnico de Enfermagem
8	Pinças de vídeo-cirurgia devem ser lavadas com seringa conectada a dispositivo de lavagem por refluxo fazendo-se cinco jatos sequenciais;	Técnico de Enfermagem
9	Enxaguar abundantemente com água potável corrente, inclusive no interior dos lumens;	Técnico de Enfermagem
10	Colocar o material sobre um pano limpo	Técnico de Enfermagem

11	Secar a parte externa com compressa limpa e seca e utilizar ar comprimido para secar internamente;	Técnico de Enfermagem
12	Fazer inspeção visual do artigo.	Técnico de Enfermagem

PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

- Comunicar a Enfermeiro quando observar defeitos, desgaste ou falta de peças;
- Comunicar imediatamente a falta de instrumentais nas bandejas.

6. SIGLAS

Não se aplica

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Orientações Gerais para Central de Esterilização. Brasília; 2001

Brasil. Agencia Nacional de vigilância Sanitária, Informe técnico nº 01/09 – princípios básicos para limpeza de instrumental cirúrgico em serviços de saúde. Brasília; 2009.

8. ANEXOS

- Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

• ROTINA DE ENFERMAGEM BLOCO CIRÚRGICO - CENTRO CIRÚRGICO

6. Bloco cirúrgico – Centro Cirúrgico

6.1 Conceito

No Centro cirúrgico ou bloco cirúrgico são realizados variados procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, conforme as diversas especialidades médicas, que demandam da equipe de enfermagem a necessidade de conhecimento pleno dos processos de trabalho necessários ao desenvolvimento das atividades de assistência à saúde dos pacientes.

Partindo do princípio que sistematizar é organizar de forma coerente, a sistematização das rotinas de enfermagem no Centro cirúrgico é de extrema importância para garantir um padrão de assistência seguro e com qualidade aos pacientes, e essa sistematização está intrinsecamente relacionada à padronização das técnicas.

A padronização é uma ferramenta gerencial, que possibilita a transmissão de informações e dos conhecimentos adquiridos, e contribui para a redução de erros e propicia segurança ao paciente.

6.2 Instrumentação Cirúrgica

O instrumentador cirúrgico desenvolvem tarefas pertinentes a instrumentalização de materiais e equipamentos necessários à realização de cirurgias.

Tem como funções:

- Preparar as salas de cirurgia, com equipamentos, mesas, medicamentos, material de sutura e antissepsia.
- Preparar o instrumental cirúrgico, segundo o tipo de cirurgia.
- Desempenhar tarefas relacionadas a intervenções cirúrgicas médico-odontológicas, posicionando de forma adequada o instrumental, passando-o ao cirurgião e realizando outros trabalhos de apoio.

- Conferir qualitativa e quantitativamente os instrumentos cirúrgicos, após o término das cirurgias.
- Propor a aquisição de novos instrumentos para reposição daqueles que estão avariados ou desgastados.
- Zelar, permanentemente, pelo estado funcional dos aparelhos que compõe as salas de cirurgia.
- Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática.
- Executar outras tarefas para o desenvolvimento das atividades do setor, inerentes à sua função.
- Auxilia o técnico na montagem da sala cirúrgica.
- Realiza a escovação e paramentação no mínimo 15 minutos antes do horário previsto, dispõe os instrumentais na mesa cirúrgica e confere antes do ato anestésico.
- Após o término da cirurgia, realiza a conferência de instrumentais.
- Realiza o registro do procedimento no prontuário eletrônico do paciente.

6.3 Controle da checagem do cardioversor e carro de emergência

A checagem do cardioversor/desfibrilador é realizada diariamente pelo enfermeiro assistencial e fixada no caderno de controle de testes do aparelho.

Os insumos e medicamentos do carro de emergência são checados uma vez por semana e após a abertura do mesmo.

A conferência é feita por um Técnico de Enfermagem e por um técnico em farmácia. O registro da conferência é feita em documento específico - Check list carro de emergência . É realizada a conferência através da dupla checagem: o Técnico de Enfermagem realiza a conferência do carrinho e após, as gavetas são lacradas com o lacre. Posteriormente o técnico em farmácia reconfere o carrinho, caso esteja tudo certo o mesmo lacra o carrinho com o lacre, liberando assim o carro de emergência para uso.

Além disso é realizado a conferência diária dos materiais disponibilizados no carro de emergência como: funcionamento do laringoscópio (cabo e lâmina), presença

da tábua de massagem e presença do lacre.

6.4 Controle de psicotrópicos

O controle de psicotrópicos dispensados aos pacientes acontecem com a dispensação do Kit cirúrgico; O Técnico de Enfermagem recebe a maleta e confere em conjunto com o anesthesiologista:

- Maleta de medicamento anestesia bloqueio,
- Maleta de medicamento anestesia geral;
- Maleta de medicamento anestesia raquidiana.

Ao realizar a devolução do KIT a prescrição do psicotrópico deverá ser feita via sistema MV.

6.5 Controle de equipamentos

O controle de equipamentos da unidade, é feita pelo patrimônio e supervisão de enfermagem, através do inventário anual.

É realizada ainda a conferência diária dos equipamentos do setor por um Técnico de Enfermagem escalado pelo enfermeiro assistencial para tal atividade.

6.6 Passagem de plantão

A passagem de plantão acontece diariamente as 07:00 e as 19:00. É realizada beira leito na sala de RPA onde o enfermeiro e o Técnico de Enfermagem passam a história do paciente, intercorrências e pendências, e ainda em cada sala cirúrgica.

6.7 Solicitação de insumos e medicamentos

A solicitação de insumos é realizada diariamente conforme necessidade e demanda do setor por um Técnico de Enfermagem ou enfermeiro via sistema, que gera um pedido para farmácia localizada na unidade, que atende o pedido.

A dispensação de materiais e medicamentos para as cirurgias, são operacionalizadas através do número de aviso de cirurgia gerado para o paciente.

- A farmácia dispensa o Kit específico para cada tipo de cirurgia a partir desse aviso gerado.
- Todos os materiais e medicamentos são bipados no momento da dispensação via sistema para garantir a rastreabilidade.

- Após o ato cirúrgico o Técnico de Enfermagem realiza a devolução dos itens que sobraram via sistema.
- A solicitação de medicamentos para os pacientes que se encontram em recuperação anestésica, são realizadas através da prescrição médica via sistema.

6.8 Elaboração do mapa cirúrgico

O agendamento das cirurgias programadas acontece até o 15h do dia anterior, pelo médico responsável.

- É realizado a confirmação dos pré-agendamentos no sistema eletrônico pelo agente administrativo do setor.
- O enfermeiro do centro cirúrgico faz a previsão dos materiais e equipamentos necessários para o procedimento e encaminha via e-mail o mapa cirúrgico para os envolvidos (empresas fornecedoras de OPME, banco de sangue, anesthesiologistas, instrumentadores terceirizados, serviço de imagem).
- O enfermeiro assistencial agenda a quantidade de procedimentos possíveis sempre priorizando 01 sala para cirurgias de urgência e emergência.
- O enfermeiro assistencial atende a demanda de cirurgias do dia, sendo que as emergências têm prioridade em relação aos procedimentos programados.

6.9 Controle do fornecimento de OPME

O controle das empresas que fornecem materiais de OPME é realizado pela Enfermeira supervisora do centro cirúrgico.

- O fornecimento dos materiais é quinzenal e as empresas contratadas são avisadas previamente via telefone e e-mail do seu período de fornecimento.
- A escala de revezamento é disponibilizada no setor e para os fornecedores através da Tabela de revezamento de fornecimento de materiais de alto custo OPME.
- A supervisora do Centro Cirúrgico em conjunto com o faturista da unidade realiza a conferência dos materiais utilizados e realiza o atesto das notas fiscais confirmando a utilização.
- Na ausência da supervisora do centro cirúrgico, as Enfermeiras assistenciais estão habilitadas para tais ações.

6.10 Realização de exames laboratoriais

A solicitação dos exames é feita via sistema.

A coleta de amostra para exames laboratoriais é feita no leito dos pacientes da RPA. Amostra de material de pacientes que estão em procedimento cirúrgico são coletadas pelo anestesiológico.

6.11 Encaminhamento de materiais para exames

Os materiais para exames: peças de anátomo patológico, cultura e demais materiais para exames, são preparados e identificados pelo Técnico de Enfermagem.

É escolhido o recipiente adequado, e preparado com a solução adequada (soro fisiológico ou formol) e identificado com os seguintes dados: nome do paciente, data de nascimento, número do prontuário, nome da peça, data, e nome do profissional que preparou, preenche a identificação de amostras para o laboratório.

Em seguida é repassado ao enfermeiro, que confere o pedido no sistema e aciona o laboratório.

6.12 Realização de cuidados e procedimentos

A realização de cuidados e procedimentos são realizados tendo como referência os Protocolos Institucionais da Gerência de Enfermagem e Supervisão de Enfermagem, disponibilizados no sistema MV.

Os protocolos são acessíveis a todos os colaboradores.

6.13 Registro em prontuário

Diariamente o enfermeiro assistencial, o Técnico de Enfermagem e os instrumentadores cirúrgicos fazem o registro da evolução, que segue um modelo padrão, podendo ser alterada conforme necessidade do paciente e critérios do enfermeiro ou do técnico. Além da evolução diária são registradas todas as intercorrências e cuidados prestados ao paciente no decorrer do dia.

O relatório de enfermagem deve conter as informações mínimas:

- Cirurgia e tipo de anestesia que o paciente foi submetido;
- Início e término do procedimento;
- Participantes da cirurgia;

- Hemotransfusão se houver;
- Curativos, drenos;
- Condições clínicas do paciente.

6.14 Alta do centro cirúrgico

Após a liberação da alta pelo anesthesiologista, o enfermeiro realiza o contato com a unidade de origem, para o encaminhamento do paciente.

O Técnico de Enfermagem das unidades de internação busca o paciente estável no centro cirúrgico e conduz o mesmo com o condutor.

Os pacientes graves são encaminhados monitorizados para o setor de origem acompanhados do enfermeiro assistencial e anesthesiologista.

6.15 Gestão de leitos

A gestão dos leitos da unidade hospitalar é realizada pelo Núcleo Interno de Regulação - NIR de forma contínua, 24 hs por dia.

O enfermeiro assistencial do setor solicita o leito ao NIR via painel de gerenciamento de leito.

6.16 Limpeza e desinfecção do Centro Cirúrgico

A unidade dispõe de uma equipe de higienização exclusiva do setor durante as 24 horas, todos os dias da semana.

- No CC é realizada limpeza terminal de todas as salas cirúrgicas uma vez por dia.
- É realizada ainda a limpeza terminal nas salas cirúrgicas após o término de procedimentos contaminados e pacientes em precaução de contato.
- Durante a limpeza terminal da unidade são limpos todos os armários de guarda de materiais e equipamentos.
- A limpeza concorrente é realizada diariamente e após cada procedimento cirúrgico.

6.17 Aplicação do SAE

Conforme Resolução nº 358/2009 do COFEN é obrigatoriedade todas instituições aplicar a SAE em todas as unidades assistenciais.

No C.C. é realizado a visita pré operatória pelo enfermeiro assistencial, para

todos os pacientes de procedimentos eletivos agendados.

As etapas da assistência de enfermagem perioperatória, e assistência de enfermagem na recuperação anestésica é realizada pelos enfermeiros assistenciais, onde são registrados dados dos procedimentos no prontuário eletrônico do paciente através de um documento eletrônico padronizado.


6.18 Circulação de sala operatória

A função do circulante é de auxiliar o instrumentador e/ ou anestesista, buscar materiais que faltaram na mesa ou que foram solicitados de ultima hora, e é responsável pelo recebimento do paciente, balanço hídrico e folha de sala.

- Realiza a monitorização dos sinais vitais;
- Verifica em conjunto com anestesista o nível de consciência, padrão respiratório, acesso venoso, uso de sondas e catéteres;
- Aplica-se o check-list de cirurgia segura antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala;
- Auxilia o anestesista no ato anestésico e posiciona o paciente na mesa cirúrgica em conjunto com a equipe;
- Auxilia a equipe na paramentação, na abertura de materiais estéreis, atentando-se para os integradores internos dos pacotes;
- Prove antissépticos, soro nas cubas para o instrumentador;
- Auxilia o enfermeiro em procedimento como: sondagem vesical;
- Posiciona a placa dispersiva do bisturi;
- Posiciona foco cirúrgico da área a ser operada, e permanece na para qualquer demanda;
- Mantém a sala em ordem, e ao término do procedimento auxilia no controle de compressas;
- Auxilia o instrumentador no curativo cirúrgico;
- Encaminha o paciente para a sala de recuperação pós anestésica;
- Realiza o registro da entrada e saída do paciente no prontuário eletrônico.

7. Protocolos assistenciais no CME

7.1 Admissão do paciente no C.C.

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de admissão do paciente no centro cirúrgico	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto no processo de admissão do paciente, estabelecendo assim uma padronização que diminua o risco de eventos adversos, seguindo as normas da segurança do paciente,

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de admissão do paciente no centro cirúrgico.

3. PÚBLICO-ALVO

Paciente pediátrico e adolescentes que será admitido no centro cirúrgico.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar a higienização das mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Receber cordialmente a criança ou adolescente e acompanhante no centro cirúrgico, chamando-o pelo nome e apresentar-se dizendo o nome e função.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Iniciar a conferência dos dados com o preenchimento do check list de cirurgia segura.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

4	Conferir identificação do paciente de acordo com o protocolo de identificação, perguntar nome completo data de nascimento e número do prontuário, bem como conferir os dados com a pulseira e placa de identificação do leito e exames anexos (laboratoriais e imagem).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
5	Conferir retirada de adornos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Fazer a transferência da maca para o Centro Cirúrgico, respeitando a barreira.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Paramentar o paciente com touca e propés, quando indicado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Encaminhar o paciente para a sala de cirurgia, transferindo-o da maca para a mesa cirúrgica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Posicionar o paciente na mesa cirúrgica de maneira segura.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
10	Confirmar com o paciente a cirurgia a ser realizada e localização da mesma.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
11	Investigar informações sobre jejum, alergias, doenças pré-existentes, uso de medicações, história de cirurgias anteriores.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
12	Verificar sinais vitais, nível de consciência, padrão respiratório, queixas álgicas, movimentação de MMSS e MMSS, integridade da pele, acesso venoso, uso de cateteres, traqueostomia, gastrostomia, drenos, curativos, trações cutâneas ou esqueléticas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
13	Realizar a admissão do paciente na evolução eletrônica. Quando o sistema de prontuário eletrônico estiver inoperante, registrar a admissão no relatório de evolução.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

MMSS- Membros Superiores;

MMSS- Membros Inferiores;

C.C- Centro Cirúrgico.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ROUTHROCK, Jane C. Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico.

13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SOBEC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC.


6. Ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou	xx/xx/xxxx
				Gestor(es) do(s) processo(s)	Data

7.2 Protocolo para cirurgia segura

<p align="center">Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p align="center"><u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>		
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico		Identificação: 000
Assunto: Protocolo para cirurgia segura		Versão: 00
		Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

Instituir um **check-list de Segurança Cirúrgica**, estabelecendo assim uma padronização que diminua o risco de eventos adversos, seguindo as normas da segurança do paciente.

2. OBJETIVO

Instituir o **check-list de Segurança Cirúrgica** para reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos e a mortalidade cirúrgica, além de garantir a melhoria na segurança da assistência nos procedimentos cirúrgicos.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes que estejam no pré-operatório.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Aplicar o <i>check-list</i> de Segurança Cirúrgica nas fases definidas: Admissão do paciente no centro cirúrgico, antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala cirúrgica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
2	<p>Admissão do paciente:</p> <p>Essa fase do <i>check list</i>, deverá ser iniciada no setor de origem do paciente, preenchida com rigor, após avaliação da identificação adequada do paciente, bem como avaliação da responsabilidade, conferir a identidade do paciente com o responsável sendo possível e se o paciente não tiver condição neurológica para tal, verificar os termos de consentimentos necessários para os procedimentos e se estão devidamente assinados e junto ao paciente para ser encaminhado ao centro cirúrgico, verificar a presença de adornos, dentre eles a prótese dentária, e certificar se o jejum está adequado, se há exames e se foi realizado a marcação da lateralidade pelo médico cirurgião.</p> <p>Encaminhar o <i>check list</i>, ao centro cirúrgico.</p>	Enfermeiro/Téc.de enfermagem do setor de origem
3	Admitir o paciente no Centro Cirúrgico, juntamente com o acompanhante, apresentar-se e confirmar sua identificação (confirmar os identificadores na pulseira do paciente: nome completo, data de nascimento e número do prontuário).	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
4	Confirmar a retirada de adornos, incluindo a prótese dentária, tempo de jejum, alergia, termos de consentimentos e conferir os exames pré-operatórios, de acordo com a <i>check-list</i> de Segurança Cirúrgica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
5	Certificar-se, que todos os dados foram adequadamente preenchidos e encaminhar o paciente para a sala de cirurgia.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
6	<p>Antes da indução anestésica:</p> <p>Confirmar verbalmente com o paciente, sempre que possível, sua identificação, o procedimento a ser realizado e o sítio cirúrgico;</p>	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro cirúrgico

7	Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação com a marca (●) feita pelo cirurgião em caso de cirurgias programadas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
8	Revisar verbalmente com o anestesiológico: o risco de perda sanguínea do paciente, via aérea difícil, risco de aspiração, histórico de reação alérgica, o funcionamento do monitor multiparamétrico e do aparelho de anestesia. Realizar profilaxia antimicrobiana, conforme orientação médica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
9	Antes da incisão cirúrgica: Confirmar verbalmente com a equipe cirúrgica a identificação do paciente, o procedimento cirúrgico a ser realizado, o sítio cirúrgico, a lateralidade e quando necessário, o posicionamento do paciente;	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
10	Revisar verbalmente com o cirurgião a duração da cirurgia, perda sanguínea prevista, reserva de sangue e possíveis eventos críticos;	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
11	Revisar verbalmente com a equipe de enfermagem quando a montagem da sala de acordo com o procedimento, conferência dos instrumentais e materiais e esterilidade dos mesmos, conferência de prótese e/ou materiais de osteossíntese, equipamentos testados e funcionando, colocação de placa dispersiva do bisturi.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
12	Perguntar em voz alta se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 30 ou 60 minutos antes da incisão da pele.	Médico/ Enfermeiro
13	Perguntar ao cirurgião se os exames de imagem são necessários para a cirurgia. Se sim, deixar a disposição para o cirurgião.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
14	Antes da saída do paciente da Sala Cirúrgica: Confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
15	Conferir a pulseira de identificação: nome completo, data de nascimento e número do prontuário.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
16	Confirmar verbalmente a contagem de compressas, agulhas e instrumentais.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
17	Concluir a identificação da amostra cirúrgica obtida durante o procedimento e confirmar verbalmente o nome do paciente e a descrição da amostra com indicação	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico

	anatômica do local de origem da amostra.	
18	Concluir a identificação de infusões venosas, drenos e sonda vesical de demora.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
19	Revisar verbalmente qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem do Centro Cirúrgico
20	Notificar o evento adverso, caso ocorra ao NQSP (Núcleo de Qualidade e segurança do paciente), através do formulário de oportunidade de melhoria.	Equipe de enfermagem / Equipe Médica

6. SIGLAS

NQSP- Núcleo de Segurança do Paciente

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013;

Ministério da Saúde. Anexo 03: Protocolo para Cirurgia Segura. Ministério da Saúde, ANVISA, FIOCRUZ. 09/07/2013;


Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual cirurgias seguras salvam vidas (Orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial de Saúde; Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010.

8. ANEXOS

Data: __/__/__ Paciente: _____		D.N: __/__/__	
Cirurgião: _____		Prontuário: _____	
Cirurgia Proposta: _____		Lateralidade: _____	
ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO			
Paciente identificado com a pulseira:	Sim	Não	
Paciente responsivo:	Sim	Não	
Paciente ou responsável assinou termos de consentimentos para amputação:	Sim	Não	Não se aplica
Paciente retirou próteses e adornos:	Sim	Não	
Paciente se encontra em jejum:	Sim	Não	
Possui exames:	Sim	Não	
Feito demarcação da lateralidade:	Sim	Não	Não se aplica
Responsável pelo preparo do paciente – Matrícula _____		Responsável pelo recebimento no centro cirúrgico – Matrícula _____	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA			
Confirmada a identificação do paciente:	Sim	Não	
Realizada a profilaxia antimicrobiana:	Sim	Não	Hora: _____
Realizada a monitorização multiparamétrica:	Sim	Não	
Alergia conhecida:	Sim	Não	Qual: _____
Equipamentos de intubação disponíveis:	Sim	Não	
ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA			
Equipe cirúrgica presente na sala:	Sim	Não	
Confirmada a identificação do paciente:	Sim	Não	
Confirmado o procedimento:	Sim	Não	
Confirmado sítio cirúrgico e lateralidade:	Sim	Não	
Perda sanguínea prevista:	Sim	Não	
Reserva de sangue confirmada:	Sim	Não	
Montagem da sala de acordo com o procedimento:	Sim	Não	
Conferência da esterilização dos materiais (validade e indicadores):	Sim	Não	
Materiais especiais (OPME) presentes em sala:	Sim	Não	
Usado placa dispersiva do bisturi:	Sim	Não	Local: _____
Exames de imagens estão disponíveis:	Sim	Não	
ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE CIRURGIA			
Pulseira de identificação íntegra e fixada corretamente:	Sim	Não	
Equipe cirúrgica confirma o procedimento realizado:	Sim	Não	
Contagem de compressas cirúrgicas, gazes e instrumentais cirúrgicos está correta:	Sim	Não	Não se aplica
Peça cirúrgica está identificada:	Sim	Não	Não se aplica
Alguns problemas com equipamentos e materiais para resolver:	Sim	Não	Qual: _____
Assinatura e matrícula do responsável pelo Checklist _____		Admissão na sala: _____ : _____ Início do procedimento: _____ : _____ Término do procedimento: _____ : _____ Saída da sala: _____ : _____	

Elaborado por: Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data	Revisado por: Nome de quem revisou o documento	Aprovado para uso: Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s) xx/xx/xxxx Data
---	--	---

7.3 Protocolo de circulação de sala cirúrgica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000

Assunto: Protocolo de circulação de sala cirúrgica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/5

1. INTRODUÇÃO

A circulação da sala cirúrgica é o procedimento desenvolvido pela equipe de enfermagem, durante todo o procedimento cirúrgico, com o objetivo de garantir condições funcionais e técnicas para o adequado andamento do procedimento cirúrgico, oferecendo segurança ao paciente.

2. OBJETIVO

Implementar uma assistência de enfermagem integral, individualizada, contínua, documentada, participativa e avaliada tendo como centro da atenção o paciente cirúrgico.

3. PÚBLICO-ALVO

Paciente cirúrgico.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico cirurgião; Instrumentador cirúrgico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Receber o paciente e acompanhante com cordialidade, apresentar-se e conferir sua identificação na pulseira. Verificar se os resultados dos exames realizados no paciente encontram-se registrados no prontuário: exames laboratoriais, ECG, Raios-X, etc.	Enfermeiro/ Tec. de Enfermagem
2	Auxiliar e/ou transferir o paciente da maca para mesa cirúrgica, observando punção, sondas, drenos e assegurando-lhe medidas de conforto e segurança.	Enfermeiro/Téc. de enfermagem
3	Afivelar a faixa de contenção no paciente assim que adentrar ao centro cirúrgico e enquanto permanecer no setor (mesa cirúrgica)	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
4	Permanecer na sala de cirurgia até a chegada do anestesista.	Técnico de Enfermagem

5	Auxiliar na monitorização do paciente, instalando oxímetro de pulso e monitorização cardíaca e colaborar com o anestesista na punção do acesso venoso, oxigenação do paciente, indução anestésica e oferecer-lhe os materiais e medicamentos necessários à anestesia.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
6	Auxiliar o anestesista nos atendimentos de emergência tais como: em situações de apnéia ou outras intercorrências.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
7	Posicionar adequadamente o paciente para procedimento anestésico.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
8	Posicionar o paciente de acordo com o procedimento cirúrgico e o protocolo de posicionamento do paciente para o procedimento cirúrgico	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
9	Posicionar o foco cirúrgico sobre a região a ser operada.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/ Médico Cirurgião/ Instrumentador
10	Auxiliar a equipe na paramentação cirúrgica e à montagem de mesa de instrumentais, bem como iniciar a abertura dos pacotes com técnica asséptica atentando-se na observação dos integradores internos dos pacotes e solicitar a avaliação do enfermeiro diante de qualquer dúvida.	Técnico de Enfermagem
11	Colocar antissépticos, medicações, soros ou outros líquidos nas cubas na mesa do instrumentador, sempre seguindo técnica asséptica.	Técnico de Enfermagem
12	Auxiliar o enfermeiro na sondagem vesical quando necessário.	Técnico de Enfermagem
13	Colocar a placa de bisturi fixando-a com gel, em local musculoso, evitando protuberâncias ósseas e sempre no local mais próximo possível da incisão.	Técnico de Enfermagem
14	Aproximar da mesa cirúrgica os equipamentos necessários tais como bisturi elétrico, aspiradores, fotóforos, microscópio e outros com cuidado para não contaminar os campos operatórios e em seguida ligá-los.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
15	Aproximar da mesa cirúrgica os aparelhos necessários, com cuidado para evitar contaminação dos campos operatórios e ligá-los.	Técnico de Enfermagem

16	Atender prontamente às solicitações de toda a equipe em manter-se na sala durante o ato operatório.	Técnico de Enfermagem
17	Manter a sala em ordem, com a porta fechada durante todo o procedimento, zelando para evitar as contaminações do ambiente e do material cirúrgico.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
18	Retirar o excesso de lixo e/ou roupas cirúrgicas usadas, embalando-as em sacos plásticos ou sacos de hamper; identifica-los e encaminhá-los aos locais destinados.	Técnico de Enfermagem
19	Fazer registros e anotações inerentes à cirurgia com fidelidade, observando com rigor os horários e obedecendo aos procedimentos padronizados existentes.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
20	Realizar rigorosamente a contagem das compressas e gazes utilizadas para posterior conferência antes de iniciar a sutura, registrar no check list de cirurgia segura.	Técnico de Enfermagem
21	Não abrir material estéril sem que haja necessidade, manter a integridade e esterilidade dos materiais contidos no carrinho da sala e não colocar frascos com soluções no carrinho de materiais.	Técnico de Enfermagem
22	Ao término da cirurgia, auxiliar a equipe no curativo cirúrgico e fazer limpeza sumária do paciente.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem/Instrumentador
23	Desligar aparelhos, focos, bisturi elétrico e afastá-los da mesa cirúrgica.	Técnico de Enfermagem
24	Auxiliar o anestesista na reversão da anestesia.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
25	Providenciar maca de transferência para encaminhar o paciente ao setor de origem, atentar para somente neste momento desafivelar a faixa de contenção para transposição do paciente a maca.	Técnico de Enfermagem
26	Transferir o paciente da mesa cirúrgica para maca utilizando o skate e com orientação da equipe cirúrgica, cuidando para que infusões, curativos, sondas e drenos não sejam tracionados. Pacientes entubados transferir para a maca somente com a presença do anestesista	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
27	Vestir camisola no paciente e cobri-lo com lençóis e cobertores. Organizar o prontuário com impressos, pertences e exames e em seguida encaminhá-lo à Sala de recuperação pós-anestésica.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

	Chamar o acompanhante para acompanhar o paciente na sala de Recuperação pós- anestésica.	
28	Paramentar o acompanhante com os EPI's necessários. Acompanha-lo até o leito da criança no SRPA.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
29	Realizar a passagem de plantão para a equipe de enfermagem da SRPA, informando nome do paciente, cirurgia realizada, anestesia realizada, estado geral do paciente, intercorrências da sala operatória, medicamentos usados, transfusões sanguíneas, presença de drenos, sondas e curativos.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
30	Em caso de paciente proveniente da UTI, após cirurgia, encaminhar o paciente diretamente para o leito na UTI. A transferência para a UTI deverá ser feita pelo anestesista e/ou Enfermeiro.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
31	Iniciar a desmontagem da sala conforme procedimento padrão.	Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

NQSP - Núcleo de Segurança do Paciente

SRPA – Sala de recuperação pós anestésica

SO – Sala Operatória

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 6 ed. São Paulo: SOBECC, 2013.


ROUTHROCK, Jane C. Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

7.4 Protocolo de montagem de sala cirúrgica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de montagem de sala cirúrgica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto no processo da montagem da sala cirúrgica, estabelecendo assim uma padronização que diminua o risco de eventos adversos, seguindo as normas da segurança do paciente.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de montagem das salas de operação antes da cirurgia. Assegurar a técnica asséptica para a realização do ato anestésico cirúrgico; prever e prover material e equipamentos necessários e adequados para a realização do ato anestésico cirúrgico.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Instrumentador cirúrgico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Verificar a cirurgia programada para a SO sob sua responsabilidade.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
2	Checar com atenção o nome e idade do paciente, horário da cirurgia, equipe cirúrgica e anestésica, tipo de anestesia, materiais e equipamentos específicos solicitados, bem como os de rotina, necessários para qualquer cirurgia.	Enfermeiro/Técnico de Enfermagem
3	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem
4	Checar as condições de limpeza da sala antes de equipá-la com	Técnico de

	materiais e equipamentos.	Enfermagem
5	Testar o funcionamento dos equipamentos da Sala de Cirurgia, tais como: foco, ar-condicionado, bisturi elétrico, mesa cirúrgica, aspirador e outros e notificar qualquer irregularidade ao Enfermeiro.	Técnico de Enfermagem
6	Preencher a Requisição de Materiais na CME para montagem das salas cirúrgicas.	Técnico de Enfermagem
7	Solicitar a CME um carro preparado com os materiais solicitados, e checar a integridade das embalagens e validade dos pacotes.	Técnico de Enfermagem
8	Providenciar materiais descartáveis e medicações no almoxarifado/satélite e organizar na SO.	Técnico de Enfermagem
9	Revisar o material esterilizado existente na sala conforme plano de cirurgia, e providenciar material em falta.	Técnico de Enfermagem
10	Distribuir os materiais em sala conforme o tipo de cirurgia, facilitando a circulação de sala.	Técnico de Enfermagem
11	Verificar a existência de bancos, suportes de soro, braçadeiras, arcos, hampers, saco de lixo, mesas para instrumental, extensões elétricas e, se necessários, providenciar.	Técnico de Enfermagem
12	Verificar lavabos que devem conter escovas estéreis à base de clorexidina, para degermação das mãos e compressas estéreis.	Técnico de Enfermagem
13	Providenciar materiais para anestesia indicada. Independentemente de ser bloqueio deixar na sala os materiais para anestesia geral: (Baraka, traqueias, cânula de guedel, tubo endotraqueal, máscara, laringoscópio completo).	Técnico de Enfermagem
14	Prover para a sala impressos necessários.	Técnico de Enfermagem

6. SIGLAS

SO – Sala de operação

C.C- Centro Cirúrgico.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Protocolo Operacional Padrão – Hospital de Urgências de Goiânia. Diretoria de Enfermagem. 2013;

ROUTHROCK, Jane C. Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007;


SOBECC-Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

7.5 Protocolo de desmontagem de sala cirúrgica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de desmontagem de sala cirúrgica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto no processo da desmontagem da sala cirúrgica, estabelecendo assim uma padronização que diminua o risco de eventos adversos, seguindo as normas da segurança do paciente.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de desmontagem das salas de operação .

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Instrumentador cirúrgico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar higienização das mãos, conforme técnica correta.	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
2	Reunir em um carro limpo os materiais estéreis que não foram utilizados para a devolução ao local destinado à guarda destes materiais.	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
3	Conferir os materiais descartáveis e medicamentos não utilizados, realizar a devolução no sistema MV, e entregar na farmácia do centro cirúrgico	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
4	Paramentar-se com os EPI's necessários: luvas, óculos e capotes;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
5	Checar os instrumentais e as caixas consignadas, utilizando a etiqueta na mesa auxiliar que esteja disponível em sala, para que os instrumentais sejam manipulados com segurança;	Técnico de Enfermagem CME
6	Iniciar a checagem de acordo com a última conferência por meio do check-list, verificando se já há alguma ausência de instrumental ou observação na etiqueta.	Técnico de Enfermagem CME
7	Realizar as anotações quanto a conferência da checagem dos itens e o nome do circulante de sala;	Técnico de Enfermagem CME
8	Comunicar imediatamente à equipe técnica presente na sala cirúrgica, caso ocorra alguma divergência na conferência;	Técnico de Enfermagem CME
9	Acionar equipe cirúrgica para averiguar todos os itens que estavam presentes na sala cirúrgica, como: lençóis, hampers, lixeiras.	Técnico de Enfermagem CME
10	Armazenar as caixas em carros de transporte e encaminhar até o expurgo da CME.	Técnico de Enfermagem CME
11	Desprezar os campos cirúrgicos e lençóis sujos em hampers, atentando se a verificação de instrumentais nos mesmos, fechá-los e rotulá-los com a identificação da sala cirúrgica, contendo o nome do paciente e responsável e em seguida encaminhá-los em carro de material sujo à sala de utilidades do centro cirúrgico;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
12	Descartar o material perfurocortante em recipiente específico para essa finalidade;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
13	Reunir e retirar os instrumentais da mesa, acondicionando-os na caixa/bandeja em que vieram e verificar sua integridade e quantidade de peças.	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador

	Deixar as pinças abertas exceto as backaus e colocar as delicadas sobrepostas às pesadas;	
14	Anotar no rótulo da caixa cirúrgica a quantidade de peças conferidas e assinar;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
15	Providenciar vasilhame com água para aspiração das borrachas de aspirador antes de desadaptá-las dos vidros de aspirador, colocá-las em balde separado no carrinho de material e encaminhá-las até a sala de utilidades;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
16	Recolher o oleado da mesa de instrumental, colocá-lo no carrinho de material e encaminhá-lo até a sala de utilidades;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
17	Recolher os materiais de anestesista tais como traqueias, barakas, lâminas de laringoscópio etc, colocá-los em balde separado no carrinho de material e encaminhá-los até a sala de utilidades;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
18	Recolher os frascos de aspirador, colocá-los na prateleira inferior do carrinho de material e encaminhá-los até a sala de utilidades;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
19	Realizar a limpeza concorrente dos mobiliários e equipamentos conforme técnicas de limpeza, utilizando baldes com água e sabão e outro com água limpa e compressas secas e em seguida desinfecção com álcool à 70% dos mesmos;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
20	Solicitar o serviço de higienização para a retirada do lixo, trocas dos sacos plásticos e limpeza "Concorrente ou Terminal";	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
21	Encaminhar os baldes à sala de utilidades e retirar luvas de procedimento;	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador
22	Organizar a sala cirúrgica.	Técnico de Enfermagem C.C./ Instrumentador

6. SIGLAS

EPIs: Equipamentos de Proteção Individual;

C.C.: Centro cirúrgico.

7. MONITORAMENTO

Ficha de Requisição de Materiais na CME

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ROUTHROCK, Jane C. Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007;


SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009;

9. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

7.6 Protocolo de assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

Instituir um fluxo direto no processo de atendimento de enfermagem pós-operatória, estabelecendo assim uma padronização que diminua o risco de eventos adversos, seguindo as normas da segurança do paciente.

2. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento aos pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato.

3. PÚBLICO-ALVO

Pacientes no período pós-anestésico e pós-operatório imediato.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Receber o paciente e acompanhante na SRPA de forma empática e humanizada. Receber o quadro clínico do paciente (com informações como: procedimento realizado, e tipo de anestesia) pela circulante da SO e/ou anestesista qual o procedimento anestésico cirúrgico realizado.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
2	Confirmar os dados do paciente conforme protocolo de identificação do paciente.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
3	Orientar o paciente e acompanhante quanto ao término da cirurgia e sua permanência na sala de recuperação pós anestésica.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
4	Transferir o paciente da maca para a cama, atentando-se às punções, drenos, cateteres e imobilizações.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
5	Posicionar o paciente conforme prescrito ou de acordo com a necessidade, proporcionando conforto, segurança e privacidade.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
6	Instalar a monitorização multiparamétrica no paciente para melhor avaliação.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
7	Preencher no prontuário eletrônico a avaliação de enfermagem na Sala de Recuperação pós Anestésica.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
8	Monitorar a saturação e instalar oxigênio conforme necessidade do paciente e prescrição médica.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
9	Controlar os sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora e após a primeira hora, a cada 30 minutos.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem

10	Manter as vias aéreas pérvias e realizar aspira�o orotraqueal, se necessário.	Enfermeiro
11	Observar sinais de sangramento, distensão e desconforto abdominal e avisar o anestesista e/ou cirurg�o.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
12	Verificar a integridade cutânea nas áreas que permaneceram sob pressão no intraoperatório e na região de contato da placa de retorno do bisturi elétrico.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
13	Solicitar a avalia�o do anestesista na presença de altera�es do nível de consciência, altera�es respiratórias e/ou hemodinâmicas, queixas de dor, náuseas, vômitos ou qualquer outro desconforto.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
14	Executar a prescri�o médica.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
15	Registrar no prontuário eletrônico os procedimentos de enfermagem realizados e/ou as intercorrências apresentadas pelo paciente.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
16	Avaliar as condi�es clínicas de alta do paciente e registrar esses dados.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
17	Após libera�o de alta do paciente pelo anestesiolagista, comunicar a unidade de origem do paciente via telefone ou rádio para o encaminhamento do mesmo pelo condutor e equipe de enfermagem.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
18	Transferir o paciente da cama para a maca com segurança.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem
19	Encaminhar o paciente e passar para a equipe de Enfermagem da unidade de origem as informa�es clínicas do paciente.	Enfermeiro/Téc. de Enfermagem

6. SIGLAS

SO – Sala Operatória

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

ROUTHROCK, Jane C. Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007;

SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recupera o


Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas Recomendadas SOBECC.
5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009;

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por: Nome de quem elaborou o documento na versão original xx/xx/xxxx Data	Revisado por: Nome de quem revisou o documento	Aprovado para uso: Nome de quem autorizou xx/xx/xxxx Gestor(es) do(s) processo(s) Data
---	--	---

7.7 Protocolo de gerenciamento e controle de OPME

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de gerenciamento e controle de OPME	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

2. OBJETIVO

Controlar e viabilizar o fluxo de reposição dos materiais utilizados (OPME), bem como realizar o gerenciamento e pagamento as empresas de consignados que trabalham com materiais pagos através da tabela SIGTAP.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico cirurgião.

5.PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Solicitar os OPME com antecedência mínima de 48 horas-procedimentos eletivos; No pré- agendamento cirúrgico, devem constar, obrigatoriamente os dados de identificação do paciente, número do prontuário, data e nome do procedimento previsto, relacionando as OPME necessárias (compatíveis com o Sigtap), a quantidade e os tamanhos adequados.	Médico
2	Receber as caixas de OPME; Realizar a conferência e encaminhar para a esterilização no setor da CME. Os indicativos de rastreabilidade deverão ser anexados à embalagem.	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
3	Dispensar o OPME no momento do procedimento cirúrgico, mediante confirmação da cirurgia, de acordo com as informações (nome do paciente, patrimônio, data de esterilização e vencimento).	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
4	A descrição cirúrgica é de responsabilidade do profissional que realiza o procedimento e deve conter o registro detalhado do ato cirúrgico e a relação das OPME utilizadas. Preencher formulário em duas vias todos os campos, detalhando o OPME utilizados; Assinar e carimbar.	Médico cirurgião
5	É obrigatória a fixação da etiqueta de rastreabilidade das OPME utilizadas no procedimento cirúrgico, no formulário preenchido pelo médico.	Enfermeiro Técnico de Enfermagem
6	Encaminhar ao faturamento o formulário de utilização da OPME.	Enfermeiro

PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

As informações que devem constar na etiqueta de rastreabilidade do produto implantado são: nome ou modelo comercial, identificação do fabricante ou importador, código do produto ou do componente do sistema, número de lote e número de registro na Anvisa, conforme a RDC nº 14 – Anvisa, de 5 de abril de 2011.

6. SIGLAS

OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais

Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de boas práticas de gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

7.8 Protocolo de uso do Bisturi Elétrico

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de uso do Bisturi Elétrico	Versão: 00

1. INTRODUÇÃO

Os Bisturis Elétricos, são equipamentos cirúrgicos de alta frequência, totalmente microprocessados, capazes de realizar corte e coagulação dos tecidos mediante a aplicação de corrente elétrica de alta frequência (MHz), que produz um aquecimento local instantâneo e controlado.

2. OBJETIVO

Definir o correto posicionamento da placa do bisturi e assim evitar queimaduras no paciente submetido ao procedimento cirúrgico.

3. PÚBLICO-ALVO

Não se aplica.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico cirurgião.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Organizar os materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Placa dispersiva (Metal ou Descartável); • Gel para placa (No caso de Placa de Metal); • Bisturi Elétrico; • Caneta de eletrocautério. 	Enfermeiro/ Técnico em enfermagem
2	Higienizar as mãos antes do início do procedimento;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
3	Apresentar-se ao paciente, explicando o procedimento a ser executado;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
4	Conferir os dados da pulseira de identificação com o cadastro do paciente e com as informações confirmadas por ele ou familiar;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
5	Para assegurar a identificação segura do paciente, observar: nome completo, data de nascimento e número de prontuário;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
6	Inspecionar a pele do paciente para verificar sua integridade;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem

7	Inspeccionar o local para colocar a placa dispersiva e evitar superfícies muito pilosas, com pele escarificada ou com saliências ósseas, pois diminuem o contato da placa com o corpo do paciente;	Enfermeiro/ Técnico em enfermagem
8	Remoção de pelos - A tricotomia deve ser realizada para diminuir a impedância da área, melhorando o contato com a pele;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
9	Utilizar gel na placa dispersiva de metal para aumentar a condutibilidade entre a placa e o corpo do paciente;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem/ Médico
10	Posicionar a placa dispersiva em área de massa muscular próxima ao sítio cirúrgico;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
11	Posicionar a placa em áreas de maior massa muscular como panturrilha, face posterior da coxa e glúteos, de modo a manter um contato uniforme com o corpo;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem/ Médico
12	Posicionar a placa dispersiva afastada de próteses metálicas	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
13	Zelar para que não haja deslocamento da placa dispersiva do corpo do paciente durante o procedimento anestésico-cirúrgico;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem/ Médico
14	Manter a placa em uma superfície seca, sem contato com partes metálicas da mesa de cirurgia;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
15	Manter o “plug” do cabo da placa afastado do corpo do paciente para não causar lesões de pele em decorrência da pressão;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem/ Médico
16	Atentar para o risco de combustão quando houver uso de substâncias inflamáveis como antissépticos e anestésicos;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
17	Atentar de forma especial aos pacientes portadores de marcapasso para evitar a interferência do bisturi;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
18	Após a cirurgia deve-se inspecionar a pele do paciente para verificar sua integridade, particularmente nas áreas de pressão por conta da posição do coxim e da placa;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
19	A retirada das placas descartáveis deverá ser feita puxando por um dos cantos do lado do cabo e segurando a pele adjacente, afim de evitar lesão na pele do paciente. Nunca utilizar o cabo para retirar a placa;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
20	As placas descartáveis devem ser descartadas no final do procedimento;	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem
21	Notificar no prontuário eletrônico do paciente as queixas, incidentes e/ou eventos adversos, caso ocorram. Caso evento adverso, realizar o registro no formulário de oportunidade de melhoria do NQSP.	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem/ Médico

PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS

- Compete ao enfermeiro orientar e supervisionar a execução da atividade;
- Compete ao circulante de sala (enfermeiro assistencial, Técnico de Enfermagem) colocar a placa dispersiva no paciente;

6. SIGLAS

NQSP: Núcleo de Qualidade e Segurança do paciente.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização– 7 edição. São Paulo: SOBECC, 2017.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

7.9 Protocolo de paramentação cirúrgica

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Bloco Cirúrgico/Centro Cirúrgico	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de paramentação cirúrgica	Versão: 00
	Folha Nº: 1/3

1. INTRODUÇÃO

A paramentação adequada de acordo com as normas e rotinas do setor do CC é de extrema relevância. Consiste no vestuário específico de acordo com os procedimentos realizados no centro cirúrgico. A paramentação tem como objetivo formar uma barreira

microbiológica contra penetração de microrganismos no sítio cirúrgico do paciente, oriundos dele mesmo, dos profissionais, materiais, equipamentos e ar ambiente.

2.OBJETIVO

Prevenir a contaminação do sítio cirúrgico e proteger o profissional de saúde. Auxiliar no controle de infecções de sítio cirúrgico (ISC); controle da infecção hospitalar (IH); Fortalecer a qualidade da assistência prestada ao paciente no ambiente cirúrgico.

3.PÚBLICO-ALVO

Não se aplica

4.RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médicos; Instrumentador Cirúrgico.

5.PROCEDIMENTO

5.1 Materiais:

- Roupa privativa;
- Gorro;
- Propé;
- Máscara N95, caso pacientes respiratórios.
- Capote estéril;
- Óculos de proteção;
- Luva cirúrgica estéril

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Ao adentrar nas dependências do Centro Cirúrgico, os profissionais devem paramentar-se com unissex exclusivo do Centro cirúrgico.	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Instrumentador Cirúrgico
2	Colocar gorro cobrindo todo o cabelo;	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Instrumentador Cirúrgico

3	Colocar máscara cirúrgica ou N 95;	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Instrumentador Cirúrgico
4	Colocar óculos de proteção;	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Instrumentador Cirúrgico
5	Proceder com a degermação das mãos.	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Instrumentador Cirúrgico
6	Vestir capote esterilizado na técnica correta, solicitando auxílio para marrar os cadarços do capote.	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Instrumentador Cirúrgico
7	Calçar luvas estéreis na técnica correta.	Médico/ Enfermeiro/ Técnico de Enfermagem/ Instrumentador Cirúrgico

6. SIGLAS

ISC: Infecção de Sítio Cirúrgico

IH: Infecção Hospitalar

CC: Centro Cirúrgico

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Graziano KU, Lacerda RA. Paramentação cirúrgica. In: Lacerda RA. Buscando compreender a infecção hospitalar no paciente cirúrgico. São Paulo: Atheneu; 1993. p.48-52.

Monteiro CEC, Lacerda RA, Paz MSO, Conceição VP. Paramentação cirúrgica: avaliação de sua adequação para prevenção de riscos biológicos em cirurgias - parte II: os componentes da paramentação. Rev Esc Enferm USP. 2000 jun;34(2):185-195.

8. ANEXOS

Não se aplica

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

Estes documentos serão revistos sempre que os ajustes forem necessários e novos protocolos assistenciais instituídos, conforme demanda e necessidade da instituição.

•Oncologia

8. Oncologia na Pediatria

8.1 Atuação da Equipe de Enfermagem na Oncologia

A equipe de Enfermagem reúne os profissionais que estão mais presentes nos cuidados à criança com câncer. Por essa razão, estão mais atentos às mudanças comportamentais e sinais que possam indicar um quadro mais grave da doença, além de fornecerem o suporte emocional necessário, auxiliando o paciente a obter um melhor estado geral e aumentar as chances de cura.

Os profissionais de Enfermagem têm papel fundamental no processo de cuidar da criança em tratamento oncológico.

8.2 Conceito

O câncer pediátrico é considerado uma doença aguda com diagnóstico desfavorável. Atualmente oferece uma grande oportunidade de recuperação e pode aumentar a sobrevida em cerca de metade dos casos. Esses progressos se devem à ampliação dos estudos clínicos, tecnologia de ponta e atendimento multidisciplinar a essas crianças, enfatizando a humanização do atendimento e a preocupação da equipe com o paciente e sua família (MONTEIRO et al., 2014).

Do ponto de vista clínico, os tumores pediátricos geralmente se desenvolvem de forma errática e são mais agressivos, mas respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico, com períodos de latência mais curtos (MULTTI, PAULA, SOUTO, 2010).

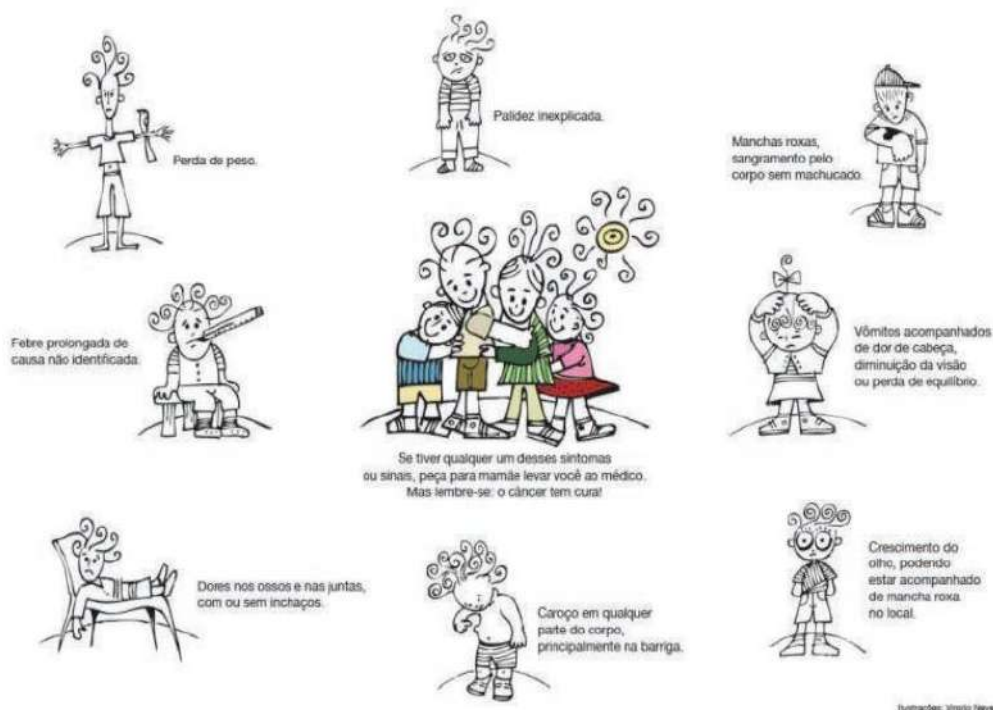
Atualmente, a radiografia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética, são os métodos mais utilizados para diagnosticar e monitorar o desenvolvimento de câncer em crianças. Além disso, os marcadores tumorais (substâncias produzidas pelo tumor e secretadas no sangue, urina ou líquido) também são outra fonte no diagnóstico ou no monitoramento da evolução da doença (MULTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

8.3 Diagnóstico Precoce

O prognóstico do câncer na criança e no adolescente é influenciado positivamente por estratégias de diagnóstico precoce e continuidade do cuidado por meio do tratamento adequado no tempo oportuno.

A sobrevivência de pacientes com câncer depende principalmente da localização do tumor, da histologia, da sua biologia e do estadiamento da doença ao diagnóstico. Pacientes com doença localizada têm melhor prognóstico que aqueles com doença avançada (BORIM, 1999). Os principais sinais de alerta em relação ao câncer infantil são:

ENXERGUE AQUI OS SINTOMAS DO CÂNCER INFANTO-JUVENIL.



Fonte: Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (Sobope).

8.4 DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA


MONTEIRO, T. A. et al. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p. 778-783, 2014.

MULTTI, Cíntia Flores; PAULA, Cristiane Cardoso de; SOUTO, Marise Dutra. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio Grande do Sul, v.56, n.1, p.71-83, 2010.

BORIM, L. N. B. Aspectos clínicos e laboratoriais das crianças portadoras de leucemia linfotica aguda atendidas no Hospital de Base de São José do Rio Preto. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 1999.

9. Protocolos assistenciais na oncologia

9.1 Protocolo coleta de mielograma

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Centro Cirúrgico/ UTI/ Enfermaria/Internação/ Ambulatório	Identificação: 000
Assunto: Protocolo coleta de mielograma	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

O mielograma e biópsia de medula óssea são exames de grande importância para a avaliação da medula óssea. Eles são realizados para diagnosticar cânceres que atacam as células sanguíneas, como linfoma, mieloma e leucemia.

O mielograma é um exame utilizado para avaliar a medula óssea do paciente. Coleta-se através da punção (agulha específica) e uma seringa, uma amostra de sangue da medula óssea do paciente.

2. OBJETIVO

Desta forma temos por objetivo a elaboração de um procedimento operacional padrão para a organização e preparo dos materiais necessários para a realização de coleta

de mielograma pela equipe de enfermagem, visando à otimização do procedimento e da assistência de enfermagem.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças e adolescentes que necessitam realizar a coleta de líquido para avaliação da medula óssea.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> • Luva estéril; • Luva de procedimento; • Gaze; • Campo fenestrado; • Kit de curtativo; • Clorexidina alcoólica; • Agulha 40x12 e 25x7; • Lidocaína sem vasoconstritor; • Seringa de 20ml e 10 ml; • Agulha para mielograma; • 5 Lâminas foscas; • Esparadrapo; • Lápis grafite. 	Enfermeiro/ Médico
2	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Médico
3	Colocar equipamento de proteção individual (EPI): máscara, gorro, óculos, capote e luva de procedimento.	Médico/ Enfermeiro
4	Conferir os materiais do Kit de coleta de mielograma conforme lista, levar ao quarto e colocá-lo próximo ao paciente;	Médico
5	Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.	Médico
6	Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação, nome completo, data de nascimento e nome da mãe.	Médico

7	Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.	Médico
8	Colocar biombo.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
9	Posicionar o paciente.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
10	Abrir o material sobre uma mesa auxiliar com técnica asséptica.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
11	Paramentar-se.	Médico
12	Paciente deve receber anestesia local ou sedação (mais em crianças).	Médico
13	Oferecer os materiais necessários para antisepsia da pele do paciente conforme solicitação médica.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
14	Realizar assepsia da pele com clorexidina alcoólica e gaze.	Médico
15	Colocar campos estéril.	Médico
16	Os exames consistem na retirada de uma pequena amostra de medula óssea ou fragmento do osso íliaco (bacia), do esterno (parte superior do peito) ou tíbia (em caso de crianças). É feita uma punção óssea e posterior coleta do material. O exame é feito sob anestesia local, já que implica o uso de uma seringa especial capaz de perfurar o osso. Esse material é analisado em laboratório.	Médico
17	A punção é realizada no osso íliaco (bacia) ou no osso externo.	Médico
18	Realizar o curativo compressivo e oclusivo no local da punção, após a coleta.	Médico
19	Identificar lâminas.	Médico
20	Deixar o paciente confortável, leito limpo e organizado.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
21	Higienizar as mãos.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem/ Médico
22	Registrar em prontuário eletrônico o procedimento realizado.	Enfermeiro/ Médico/ Téc. em enfermagem

Observação:

Complicações do procedimento: dor, sangramento, alergia, infecção (hipertermia);

Se o paciente apresentar sangramento ou sinais de infecção comunicar a equipe médica.

O aspirado de medula óssea (mielograma) é capaz de distinguir as características das células normais e anormais que estão presentes na medula óssea no momento do exame.

6. SIGLAS

Não aplicável

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

MIELOGRAMA-BIOPSIA DE MEDULA ÓSSEA. Disponível:

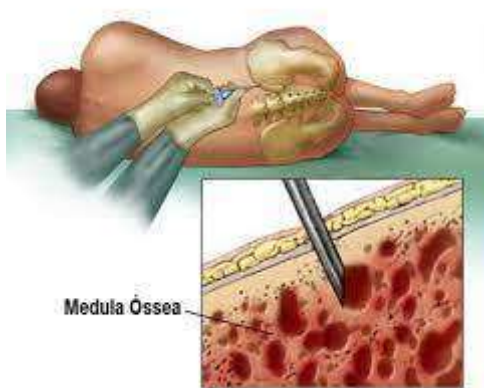
<https://www.grupooncoclinicas/tratamentos/mielograma-biopsia-de-medula-ossea>.

Acesso em 23/05/2022.

Portal PEBMED: https://pebmed.com.br/mielograma-aspirado-de-medula-ossea-orientacoes-para-enfermeiros/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext


8. ANEXOS

Imagem 1: Coleta de mielograma



Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data
		Gestor(es) do(s) processo(s)

9.2 Protocolo de punção intra-óssea

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Centro Cirúrgico/ UTI/ Enfermaria/Internação/ Ambulatório	Identificação: 000
Assunto: Protocolo coleta de mielograma	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

A indicação da punção intraóssea é indicada quando o acesso venoso não é possível devido a um colapso circulatório ou as tentativas de punção das veias periféricas mal sucedidas por mais de duas vezes, sendo restrita à reanimação de emergência e interrompida tão logo que se consiga um acesso venoso.

2.OBJETIVO

Padronizar o procedimento acesso vascular intraósseo nos pacientes neonatais e pediátricos internados no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente.

Definir atribuições/ responsabilidades do time assistencial, dar suporte teórico e operacional às capacitações em educação permanente e otimizar os recursos disponíveis. Definir indicações para realização da punção intraóssea (IO) no HECAD.

Caraterizar as etapas de realização e padronizar materiais necessários para a realização desde procedimento.

3.PÚBLICO-ALVO

Crianças e adolescentes que necessitam serem submetidos à punção intra-óssea, podendo ser portadores de câncer ou pacientes que não possuem acesso venoso devido colapso circulatório.

4.RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico.

Indicação

- Necessidade emergencial de acesso vascular rápido quando as outras tentativas de acesso venoso falharam;
- Reanimação cardiopulmonar;
- Choque hipovolêmico;
- Coleta de sangue e medula óssea para exames;
- Administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, agentes inotrópicos e vasopressores, líquidos e eletrólitos.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	<p>Material;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesa auxiliar; • Avental descartável; • Máscara; • Gorro; • Luva estéreis; • Campo cirúrgico estéril; • Gazes; • Solução antisséptica clorexidina alcoólica; • Lidocaína 2% sem vasoconstritor; • Seringas de 3, 10 e 20ml; • Agulha intraóssea (diâmetro 18 preferencialmente ou 20), agulha de aspiração de medula óssea, ou improvisação com agulha ou scalp de maior diâmetro possível, de acordo com a idade e tamanho do paciente (calibre 18 no mínimo); • Seringa de 10ml preenchida com soro fisiológico (SF) 0,9%; 	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
2	Posicionar adequadamente o paciente, apoiar o osso a ser puncionado em uma superfície firme, mantendo o local de punção o mais próximo possível de onde o médico estiver.	Médico
3	No procedimento da tíbia proximal (local mais apropriado na maioria das vezes), posicionar a perna com ligeira rotação externa e leve flexão de perna, preferencialmente com um coxim posicionando na parte da fossa poplíteia.	Médico

4	Avaliar local de punção.	Médico
5	Realizar higiene das mãos.	Médico
6	Paramentar-se.	Médico
7	Palpar a tuberosidade anterior da tíbia e localiza região plana na medial e inferior a sua faze anterior localizada de 1 a 3 cm (cerca de um dedo de largura).	Médico
8	Em adolescentes esqueleticamente maduros, o local recomendado é 2 cm medial e 1 cm acima da tuberosidade tibial.	Médico
9	Estabilizar a perna sobre uma superfície firme e não colocar a mão em sua parte posterior.	Médico
10	Localizar a tuberosidade anterior da tíbia e o ponto de inserção da agulha, cerca de 1 a 2 cm abaixo e medial a esse ponto anatômico.	Médico
11	Inserir a agulha através da pele sobre a superfície anteromedial da tíbia, perpendicular à tíbia com a agulha apontada para baixo, evitando-se assim atingir as placas de crescimento.	Médico
12	Usar movimentos de torção com pressão e firme.	Médico
11	Continuar a seringa e aspirar. A presença de sangue (medula óssea) na seringa caracteriza o sucesso do procedimento, mas por vezes não há saída de medula óssea e, ainda assim, o posicionamento está correto. Outra dica que sugere adequado posicionamento da agulha é ela permanecer reta e firme sem apoio, mesmo se for feito discreto balanço lateral da mesma, entretanto deve-se fixá-la para garantir o acesso.	Médico
13	Infundir solução cristaloides. A infusão deverá ocorrer sem bloqueios e a presença de edema na parte posterior pode significar que a agulha penetrou na parte cortical posterior do osso.	Médico
14	Fixar o acesso à pele do paciente colocando compressa de gaze bilateralmente à agulha para dar sustentação para a mesma e prender com esparadrapo. Também deve-se prender o equipo venoso na pele do paciente para evitar que o mesmo pese sobre a agulha IO e desloque-a.	Enfermeiro/ Médico
Locais Alternativos de Punção		

1	O acesso intraósseo é uma opção devido à presença de veias que drenam a medula óssea de ossos longos. Essas veias não colapsam devido à estrutura da matriz óssea e permitem a infusão de soluções no intuito de tratar choque hipovolêmico.	Médico
2	Os lugares mais comumente acessados são: <ul style="list-style-type: none"> • Tíbia proximal – veia poplítea; • Fêmur – ramos da veias femoral; • Tíbia distal (maléolo medial) – veia safena magna; • Úmero proximal – veia axilar. 	Médico
3	Como alternativas tem-se: para crianças mais velhas e adolescentes, a parte do fêmur (2 a 3 cm acima do côndilo externo) e da tíbia (próximo ao maléolo medial).	Médico
4	Para diversas idades, crista ilíaca anterossuperior, ilíaca póstero superior e crista ilíaca.	Médico
5	Toda medicação passível de administração endovenosa pode ser administrada por via IO e sua administração deve ser seguida de 10ml de SF0,9%. Verificar o local com frequência e busca de sinais de edema e deslocamento da agulha.	Enfermeiro/ Médico
Contraindicação		
1	Fraturas ou lesões por esmagamento próximo ao local de acesso.	Médico
2	Condições de fragilidade óssea (ex.: osteogênese imperfeita).	Médico
3	Local do acesso infectado.	Médico
4	Mesmo local de tentativa anterior de acesso intraósseo.	Médico
5	Osteoporose ou osteopenia e cisto ósseo.	Médico
Complicações		
1	Infiltração (extravasamento de fluidos).	Médico
2	Infecção (osteomielite, celulite, abscesso e/ou sepse).	Médico
3	Fratura ósseas.	Médico

4	Necrose tecidual.	Médico
5	Síndrome compartimental ósseo.	Médico
6	Embolia gordurosa (rara).	Médico
7	Hematomas.	Médico
Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Realizar registro do procedimento no prontuário eletrônico do paciente.	Enfermeiro/ Médico/ Téc. em enfermagem
2	Deixar o paciente confortável.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
3	Leito limpo e organizado.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
4	Notificar NQSP, caso haja algum incidente que poderia gerar ou gerou dano ao paciente.	Enfermeiro/ Médico

6. SIGLAS

IO – Punção intraóssea.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Procedimento Operacional Padrão de Punção Intraóssea, EBSEH do HC-UFTM. POP. UMI.002 de 2021.

Recebido da Divisão de Anestesiologia e Terapia Cirúrgica do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HC-FM-USP).

Lane C.J. Guimarães P.H. Acesso Venoso pela Via Intraóssea em Urgências Médicas. Rev. Brasileira Intensivista. Mar.2008.

Flato UAP, Flato E, Guimarães HP - Acessos para Administração de Medicamentos, em: Timerman S, Gonzáles MM, Quilici AP - Guia Prático para o ACLS. Barueri: Manole, 2008:132-148.

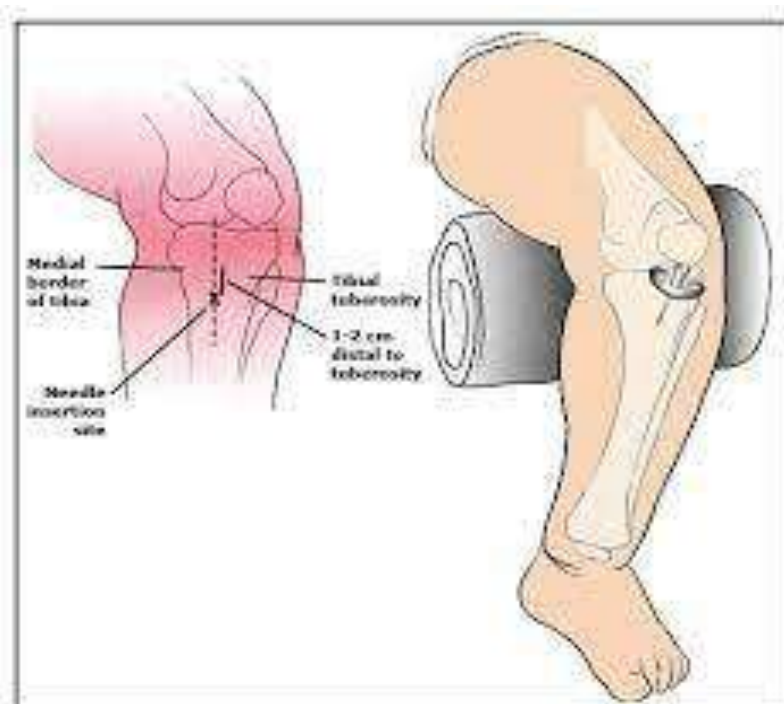
Resolução 648/2020 do COFEN. http://www.cofen.gov.br/cofen-normatiza-atuacao-do-enfermeiro-na-puncao-intraossea_82304.html.

Guy J, Haley K, Zuspan SJ - Use of intravenous infusion in the pediatric trauma patient. J Pediatr Surg, 1993;28:158-161.

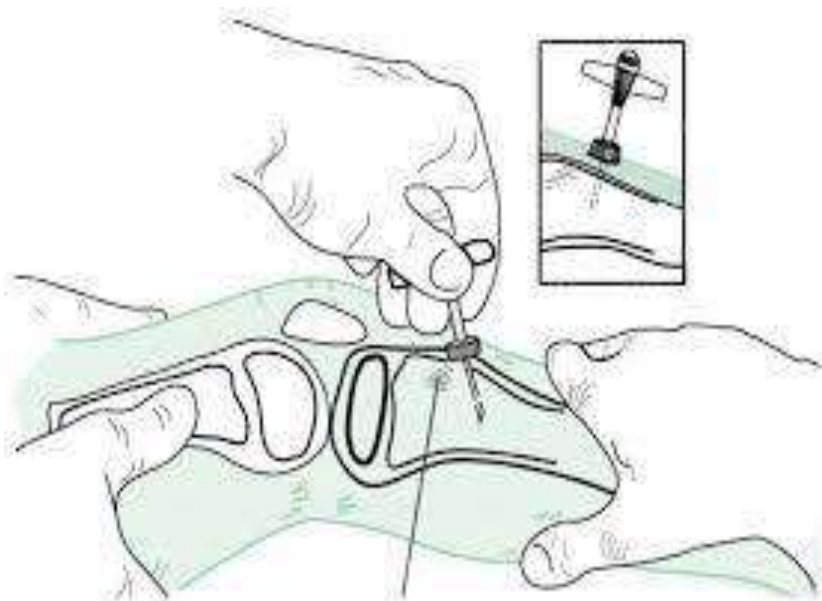
Procedimentos pediátricos: Acesso intraósseo. Pubmed, 2020, Disponível em: <https://whitebook.pubmed.com.br/conteudo/acesso intraosseo>. Acesso em: 15 de set. de 2022.

Luck R.P., Haines C., Mull C.C. Intraosseous Access. The Journal of Emergency Medicine, Volume 39, Issue 4, October 2010, Pages 468-475.

8. ANEXOS



Fonte: PEBMED2017



Fonte: PEBMED2017

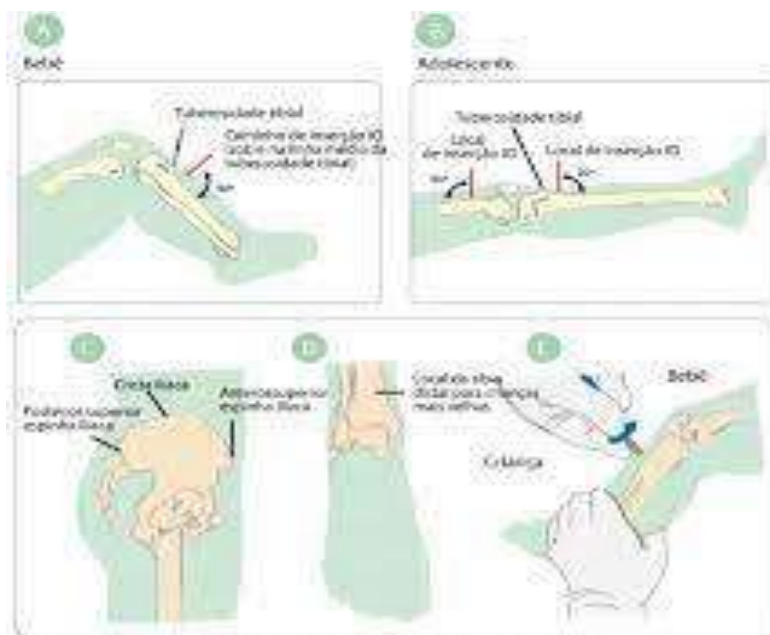
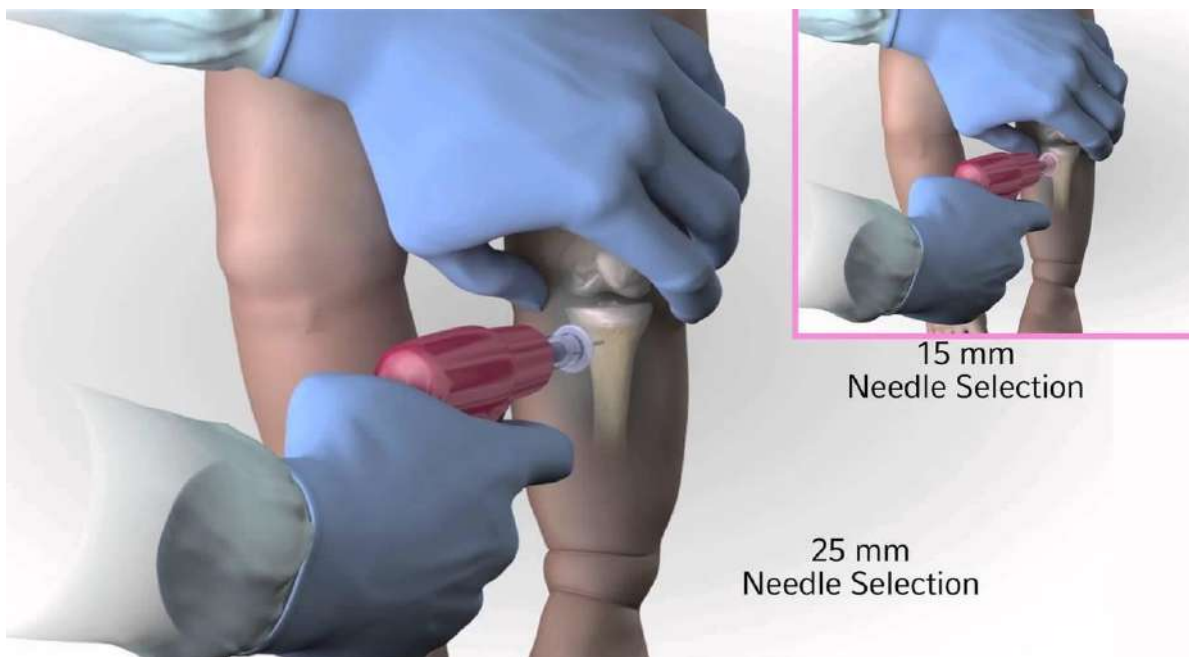


Figura 1. Locais para injeção intradérmica. A. Pontos de referência gerais para injeção ID na pele de um bebê. B. Locais para a injeção ID na tíbia proximal e ferida distal em crianças mais velhas. C. Local para injeção ID na crista da tíbia. D. Local para injeção ID na tíbia distal. E. Técnica para injeção da pele do pé: a agulha ID na pele do calcanhar.

Fonte: PEBMED2017



Fonte: PortalPed2017

Dispositivos Automáticos:

Power-driven EZ-10



Fonte: PortalPed2017

Dispositivo Manual:**Jamshidi needle****Threaded sur-Fast needle**

Fonte: PortalPed2017

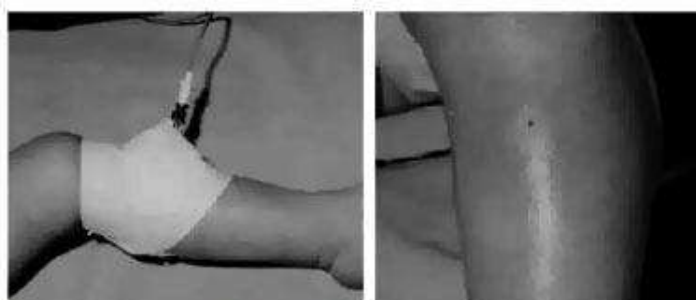



Figura 2 – Conectando a Bomba de Infusão.

Esquerda: Linha de infusão conectando a bomba de infusão (Bomba de infusão 670-SAMTRONIC) para a administração de medicamentos e fluidos. Direita: Sinal da Punção intraóssea.

Fonte; Revista Brasileira de Anestesiologia 2010.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado para uso:
Nome de quem elaborou o documento na versão original	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)
xx/xx/xxxx Data		xx/xx/xxxx Data

9.3 Protocolo de atendimento nutricional em pacientes oncológicos

<p align="center">Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ</p> <p align="center"><u>PROCOLO DE ENFERMAGEM</u></p>	
Setor: Centro Cirúrgico/ UTI/ Enfermaria/Internação/ Ambulatório	Identificação: 000
Assunto: Protocolo de atendimento nutricional em pacientes oncológicos	Versão: 00
	Folha Nº: 1/4

1. INTRODUÇÃO

Durante o processo de desenvolvimento e progressão do câncer, instalam-se alterações metabólicas importantes relacionadas com o metabolismo dos carboidratos, intolerância à glicose, resistência periférica à ação da insulina e alteração da liberação da insulina pelas células betas do pâncreas. Além disso, o tratamento traz consigo efeitos colaterais que causam redução na ingestão alimentar, auxiliando no processo de desnutrição. Dado o exposto, esta é uma população em que se encontra uma alta prevalência de desnutrição, e, por isso, justifica-se a necessidade de seu acompanhamento nutricional de forma sistemática.

2. OBJETIVO

Avaliar o estado nutricional e determinar condutas dietoterápicas de crianças oncológicas no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente.

3. PÚBLICO-ALVO

Todos os pacientes da oncologia atendidas no ambulatório e/ou internadas no HECAD.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Médico; Nutricionista.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Liberar dieta no sistema MV PEP	Médico
2	Checar prontuário eletrônico.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem/ Nutrição
3	Avaliação de risco nutricional do paciente oncológico;	Nutrição/ Médico
4	Realizar triagem nutricional em até 48h da admissão, utilizando documentos padronizado conforme idade ou criticidade do quadro	Nutricionista
5	Pacientes internados que forem diagnosticados com risco nutricional, devem passar por avaliação nutricional mais detalhada;	Nutricionista
6	Dever ser registrado no prontuário eletrônico as medidas antropométricas.	Nutricionista
7	Avaliar ingesta e perda de peso.	Enfermeiro/ Nutrição/ Médico
8	Avaliar necessidade de hidratação oral, enteral ou parenteral.	Médico/ Nutrição/ Enfermeiro
9	A assistência nutricional em pacientes oncológicos em cuidados paliativos deve levar em consideração o tempo de sobrevida esperado, o qual norteará a conduta nutricional a ser instituída.	Médico/ Nutrição
10	Frequência de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Internação: Diariamente: Somente acompanhamento de sinais e sintomas. • Ambulatorial: Se possibilidade, conforme agendamento ou demanda espontânea. 	Nutrição
11	Avaliar risco para bronco aspiração e/ou disfagia.	Fonoaudióloga/ Fisioterapeuta
12	Avaliar necessidade de alimentação assistida.	Fonoaudióloga/ Enfermeiro/ Téc. em enfermagem/ Nutricionista/ Médico
13	Acompanhar e registrar a evolução nutricional da criança em prontuário eletrônico	Nutricionista

14	Orientar o acompanhante da criança quanto ao posicionamento adequado no leito/ poltrona durante alimentação.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem/ Nutricionista/ Médico
15	Na dieta enteral, checar prescrição médica e efetuar a passagem da sonda de acordo com a idade da criança.	Enfermeiro
16	Comunicar a liberação da sonda para início da terapia nutricional enteral.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
17	Instalar dieta enteral e checar no prontuário eletrônico.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
18	Registrar no balanço hídrico as entradas e saídas inerentes a terapia nutricional.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
19	Evitar jejum prologando para criança.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem/ Nutricionista/ Médico

6. SIGLAS

Não Aplicável.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro, 2013


INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Consenso nacional de nutrição oncológica. – 2. ed. rev. ampl. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

8. ANEXOS

Não aplicável.

Elaborado por:		Revisado por:	Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento	Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

9.4 Punção do cateter totalmente implantado

Sistema de Gestão da Qualidade - SGQ <u>PROTOCOLO DE ENFERMAGEM</u>	
Setor: Centro Cirúrgico/ UTI/ Enfermaria/Internação/ Ambulatório	Identificação: 000
Assunto: Punção do cateter totalmente implantado	Versão: 00
	Folha Nº: 1/6

1. INTRODUÇÃO

Inserção de dispositivo agulhado na câmara do cateter totalmente implantado.

2. OBJETIVO

Padronizar a punção do cateter totalmente implantado, em crianças, que tiveram sua indicação por necessidade de se ter um acesso venoso por período prolongado e para preservar a rede venosa periférica, devido às múltiplas punções e à ação irritante e vesicante de alguns medicamentos, para administrar medicamentos e soluções em grandes volumes, com extremos de pH e osmolaridade (quimioterapia antineoplásica, nutrição parenteral, eletrólitos, antibioticoterapia) e outros, administrar hemocomponentes e hemoderivados, realizar coleta de amostra de sangue. Proporcionar assistência humanizada, qualificada e segura.

3. PÚBLICO-ALVO

Crianças da oncologia que estão hospitalizadas e/ou em regime ambulatorial, para infusão de medicações rápidas ou contínua.

4. RESPONSÁVEIS

Enfermeiro; Técnico de Enfermagem.

5. PROCEDIMENTO

Ordem	Ação/Descrição	Agente Executor
1	Material: <ul style="list-style-type: none"> Equipamentos de Proteção Individual - EPI - (máscara cirúrgica, luvas esterilizadas, luvas de 	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem

	<p>procedimento, avental descartável)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja esterilizada com cuba redonda, pinça cirúrgica para antisepsia e campo fenestrado. • Gazes esterilizadas. • Solução antisséptica com ação residual (clorexidina alcoólica 0,5%). • Agulha 1,2 x 40 mm (2). • Seringa de 10 mL. • Agulha Huber de calibre adequado para a criança. • Frascos de 10 ml de soro fisiológico (SF) 0,9% (2). • Recipiente de descarte. • Solução heparinizada preparada em seringa de 10 mL (0,2 mL de Heparina 5.000 UI/ml e 9,8 mL SF 0,9%), se for o caso. • Filme transparente de poliuretano esterilizado ou fita adesiva esterilizada, se necessário curativo. • Etiqueta de identificação do curativo. • Anestésico tópico, se disponível. 	
2	Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou familiar, para obter o seu consentimento e realizar o exame físico específico.	Enfermeiro
3	Preparar a área sobre o cateter totalmente implantado: se necessário, e realizar a limpeza com água e sabonete, se sujidade visível.	Enfermeiro
4	Aplicar o anestésico tópico na pele sobre a câmara do cateter. Aguardar uma hora ou conforme recomendado pelo fabricante, para iniciar o procedimento de punção do cateter totalmente implantado.	Enfermeiro
5	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro
6	Reunir os materiais necessários e encaminhá-los à unidade.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
7	Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
8	Higienizar as mãos, conforme técnica correta.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
9	Paramentar-se com os EPI, exceto as luvas esterilizadas.	Enfermeiro

10	Colocar a máscara cirúrgica na criança, se tolerado por ele.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
11	Posicionar o cliente sentado ou em decúbito dorsal com a cabeceira em ângulo de 30° (Posição semi-Fowler).	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
12	Abrir a bandeja de curativo e, sobre ela, abrir as seringas de 10 mL e a de 20 mL, as agulhas 1,2 X 40 mm (2), o dispositivo de punção (agulha Huber) e as gazes esterilizadas, com técnica asséptica	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
13	Colocar clorexidine alcoólica 0,5% dentro da cuba esterilizada.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
14	Abrir os dois frascos de 10 mL de SF 0,9%.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
15	Calçar as luvas esterilizadas.	Enfermeiro
16	Acoplar a agulha 1,2 X 40 mm à seringa de 10 mL e aspirar 2 mL de SF 0,9%, sem tocar no frasco, com auxílio de um outro profissional. Retirar a agulha e desprezá-la no recipiente de descarte.	Enfermeiro
17	Adaptar a seringa de 10 mL ao dispositivo de punção (Agulha Huber), e preencher a sua extensão com os 2 mL de SF 0,9%. Manter a seringa acoplada ao dispositivo e reservá-las sobre a bandeja.	Enfermeiro
18	Acoplar a agulha 1,2 X 40 mm à seringa de 20 mL e aspirar os 18 mL de SF 0,9% restantes, sem tocar no frasco, com auxílio de um outro profissional. Manter a seringa acoplada à agulha e reservá-las sobre a bandeja.	Enfermeiro
19	Fazer uma “trouxinha” de gazes esterilizadas umedecidas com clorexidina alcoólica 0,5%, com auxílio da pinça cirúrgica.	Enfermeiro
20	Realizar a antisepsia na região de implantação do cateter, iniciando pela região central, em movimentos circulares crescentes, até um diâmetro de 10 centímetros. Desprezar a trouxinha no recipiente de descarte	Enfermeiro
21	Repetir os passos 19 e 20 por mais duas vezes e aguardar a solução alcoólica secar espontaneamente.	Enfermeiro
22	Colocar o campo fenestrado sobre a área da câmara do cateter, de modo que exponha o sítio de punção.	Enfermeiro
23	Delimitar a câmara sob a pele com a mão não dominante, segurando-a entre os dedos polegar e indicador (1° e 2° quirodáctilo).	Enfermeiro

24	Pegar o dispositivo de punção acoplado à seringa de 10 mL com a mão dominante; remover o protetor da agulha e puncionar a região central da câmara, inserindo o dispositivo em ângulo de 90°, até tocar a sua parte inferior, delicadamente.	Enfermeiro
25	Tracionar o êmbolo da seringa, aspirando toda a solução de heparina contida na câmara (média 2 mL em crianças) ou até refluir sangue.	Enfermeiro
26	Clampear a extensão do dispositivo de punção, retirar a seringa de 10 mL e desprezá-la no recipiente de descarte.	Enfermeiro
27	Pegar a seringa que está preenchida com os 18 mL de SF 0,9%; retirar a agulha; acoplar a seringa ao dispositivo de punção; desclampar a extensão do dispositivo e irrigar a câmara com toda a solução de forma lenta, evitando fazer demasiada pressão. A agulha deverá ser desprezada no recipiente de descarte	Enfermeiro
28	Realizar o procedimento de heparinização do cateter ou de curativo para instalação de medicamentos/soroterapia.	Enfermeiro
29	<p>Se heparinização do cateter totalmente implantado,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clampear a extensão do dispositivo de punção; • Retirar a seringa de 20 mL acoplada ao dispositivo de punção. Desprezá-la no recipiente de descarte; • Acoplar a seringa de 10 mL com a solução heparinizada no dispositivo de punção. • Desclampar a extensão do dispositivo de punção. • Administrar a quantidade de solução heparinizada indicada (2 mL, crianças), mantendo uma pressão positiva ao retirar a seringa enquanto injeta os últimos 0,5 mL de solução de heparina. • Firmar o cateter com a mão não dominante; tracionar o dispositivo de punção com a mão dominante, retirando e desprezando-o na bandeja; comprimir levemente o local da punção com gaze seca e fazer curativo oclusivo, se for o caso. • Retirar o campo fenestrado. 	Enfermeiro
30	<p>Se manutenção do dispositivo de punção,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clampear a extensão do dispositivo de punção; • Retirar a seringa de 20 mL acoplada ao dispositivo de punção e desprezá-la no 	Enfermeiro

	<p>recipiente de descarte;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalar o medicamento/solução prescrito; • Retirar o campo fenestrado. • Fazer o curativo oclusivo com fixação do dispositivo de punção utilizando o filme transparente de poliuretano esterilizado ou gazes esterilizadas e fita adesiva. • Fixar a etiqueta de identificação no curativo, com os dados: data, o horário e o nome do responsável. 	
31	Retirar os EPI e descartar em local apropriado.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
32	Recolher os materiais.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
33	Recompor a unidade e o cliente.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
34	Colocar o cliente em posição confortável, adequada e segura.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
35	Dar destino adequado aos materiais e encaminhar os descartáveis ao expurgo.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
36	Higienizar as mãos, conforme POP 013.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem
37	Proceder às anotações de enfermagem, constando: tipo e numeração da agulha, se houve presença de fluxo e refluxo no cateter, procedimento realizado (administração de medicamentos, soroterapia, heparinização), aspecto da pele e presença de ocorrências adversas e as medidas tomadas.	Enfermeiro/ Téc. em enfermagem

6. SIGLAS

Não aplicável.

7. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ªed. São Paulo: Atheneu; 2005.

Cukier C. A evolução dos cateteres e acessos na nutrição parenteral. *Intravenous* 2002;3(7):1-2.

Kalil NA, Mastalir ET, Riccardi F, Mädke GR, Pilla ES. Cateteres venosos totalmente implantáveis em pacientes com neoplasia hematológica e não hematológica. Rev. Col. Bras. Cir. 2001;8(6):401-3.

8. ANEXOS



Fonte: www.gov.br

Elaborado por:		Revisado por:		Aprovado para uso:	
Nome de quem elaborou o documento na versão original	xx/xx/xxxx Data	Nome de quem revisou o documento		Nome de quem autorizou Gestor(es) do(s) processo(s)	xx/xx/xxxx Data

Estes documentos serão revistos sempre que os ajustes forem necessários e novos protocolos assistenciais instituídos, conforme demanda e necessidade da instituição.

3.4. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

3.4.1. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.

O Serviço Social é uma profissão predominantemente interventiva, sendo exigido do profissional que forneça respostas às múltiplas expressões da questão social a qual o paciente está inserido. Dessa forma, o Assistente Social atua junto ao contexto sócio familiar do paciente, em articulação direta com os familiares e Rede de Proteção Social, contribuindo para que seu direito de cuidado integral à saúde não seja violado em decorrência de fragilidade, risco ou até mesmo vulnerabilidade social.

O trabalho do Serviço Social será estruturado conforme documentos legais que regem a profissão, tais como o Código de Ética do Assistente Social, a Lei nº 8.662/1993, a Lei nº 12.317/2010, dentre outras normativas e documentos oficiais das agências regulatórias e do conselho da profissão. A autonomia profissional será respeitada, sendo a regulação do exercício profissional sustentada no Código de Ética desta categoria.

Com base nas informações sobre o HECAD, conforme Edital de Chamamento Público Nº 05/2022-SES/GO, faz-se necessário dimensionar Assistentes Sociais aos serviços assistenciais da Unidade. O objetivo é oferecer suporte social ao paciente e família, da admissão até a alta, buscando estabelecer um cuidado em perspectiva integral, com vistas à autonomia e garantia de direitos dos usuários.

Normas e Rotinas – Atividades Propostas ao Assistente Social

- Acolher o paciente e/ou familiar/acompanhante, contribuindo para uma experiência humanizada na Unidade, conforme preconizado pela PNH;
- Realizar orientações sociais aos pacientes e/ou familiares no que se refere a questões práticas sobre a RAS (Rede de Atenção a Saúde), fluxo de regulação, fluxo para acesso a insumos e serviços, direitos e deveres junto ao SUS, normas e rotinas da Unidade, etc., buscando a autonomia do usuário diante de seu tratamento de saúde;
- Realizar orientações sociais aos pacientes e/ou familiares acerca de direitos sociais que podem interferir no processo saúde-doença, tais como questões socioassistenciais, demandas previdenciárias, trabalhistas, saneamento básico, etc.;
- Estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial;

- Realizar encaminhamentos sociais para Unidades Básicas de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Defensoria Pública, etc., conforme demanda;
- Realizar mediações diversas entre paciente-equipe, paciente-família, família-equipe, favorecendo a comunicação entre as partes, numa perspectiva de segurança do paciente e garantia de direitos;
- Compreender o contexto sócio familiar e econômico do paciente, como ferramenta de apoio para cuidados médicos, multiprofissionais e administrativos;
- Identificar e realizar acompanhamento social durante toda a internação de crianças e adolescentes em contexto de risco ou vulnerabilidade social (exemplos: vínculos familiares fragilizados/rompidos, suspeita de maus tratos ou violência, contexto de uso de drogas, contexto de pobreza extrema, evasão do ambiente escolar,), buscando estratégias para a sequência do cuidado no retorno ao território;
- Realizar acompanhamento social dos pacientes e/ou acompanhantes com transtornos mentais, com orientações sociais, intervenções e encaminhamentos sociais, conforme demanda.
- Realizar acompanhamento social do paciente e família em casos de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), auxiliando a família neste processo.
- Acompanhar e intervir junto no processo de desospitalização do paciente, sobretudo dos pacientes em situação de risco/vulnerabilidade social ou sanitária; intervindo nos casos de demanda de insumos e serviços pós alta (ex: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), oxigênio, leite ou medicação de alto custo, dieta enteral, cadeira de rodas, etc. Assegurar que direitos foram garantidos conforme demanda, para uma alta segura.
- Realizar palestras em eventos da Unidade destinado aos pacientes e acompanhantes, abordando temas ligados aos direitos sociais e Rede de Proteção Social;
- Propor novos projetos, oportunizando um espaço para diálogo, partilha e troca de experiências com profissionais de diversas áreas;
- Participar de programas existentes na Unidade, contribuindo para maior adesão dos pacientes;

- Realizar articulação com órgãos pactuados com o HECAD e outros da região de abrangência, na perspectiva de fortalecimento da rede de apoio e constantes propostas de melhoria do cuidado;
- Realizar acompanhamento social da família em caso de óbito do paciente, fornecendo acolhimento, orientações sociais sobre fluxos direitos e deveres da família pós óbito, intervenções e articulação de Rede, conforme demanda.
- Ao Assistente Social lotado no Acolhimento e Emergência, caberá a responsabilidade de acolher pacientes e acompanhantes, conforme constante no tópico de acolhimento nesta proposta;
- Ao Assistente Social lotado na internação do HECAD (enfermaria e UTI), caberá a responsabilidade de desospitalização, ou seja, realizar todas as articulações necessárias com a Rede de Proteção Social do paciente, para que a alta ocorra de forma segura e com direitos garantidos;
- Ao Assistente Social lotado no CERFIS, caberá a responsabilidade de intervir para a inserção social da criança fissurada na sociedade, bem como garantir que possível contexto de fragilidade, risco ou vulnerabilidade social da família, não impeça o cumprimento do plano terapêutico do mesmo no CERFIS.
- Ao Assistente Social lotado no AAVVS, caberá a responsabilidade de acolher crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, orientar sobre direitos e outras questões legais, bem como articular com a Rede de Proteção Social para que o paciente retorne para um ambiente que ofereça segurança.

Áreas de abrangências, horário e equipe mínima

A proposta de atendimento do Serviço Social a ser implementada no HECAD engloba a assistência centrada na pessoa e suas necessidades, resguardando os princípios da equidade e integralidade.

O atendimento do Serviço Social contemplará: Acolhimento e Emergência, Enfermaria, UTI e Serviços Especializados tais como CERFIS (Centro de Reabilitação de fissuras lábio-palatinas) e AAVVS (Ambulatório de Atenção à Vítimas de Violência Sexual).

A assistência será prestada de forma presencial nas dependências da Unidade, com cobertura de 24 horas por dia, todos os dias da semana. A escala será de 6 horas diárias por profissional da equipe diurna (diarista) e de 60 horas de descanso

para cada 12 horas de jornada de trabalho para a equipe do Acolhimento e Emergência, com carga horária de 30 horas semanais por profissional, em conformidade com a dinâmica dos serviços do HECAD.

Tabela 67 - Dimensionamento estimado para o Serviço Social do HECAD.

Área	Jornada	Escala	Equipe Mínima
Enfermaria	7h as 13h	diarista	3
	13h as 19h		3
UTI	7h as 13h	diarista	1
	13h as 19h		1
CERFIS	7h as 13h	diarista	1
AAVVS	7h as 13h	diarista	1
Acolhimento/ Urgência e Emergência	7h as 19h	12x60	3
	19h as 7h		3
TOTAL:			16

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Alguns pontos são relevantes e devem ser considerados:

- Será elaborada escala de revezamento de plantão aos finais de semana;
- O plantonista da escala noturna ficará responsável pelas demandas sociais de toda a unidade de internação e Emergência.

3.4.2. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA.

Tomando como referência o disposto no edital de Chamamento Público Nº 05/2022 – SES/GO acerca da demanda prevista para o HECAD, especialidades multiprofissionais serão dispostas inicialmente, quais sejam Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição Clínica, Pedagogia Hospitalar, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Visando qualificar o modo de fazer saúde no HECAD, atendendo os preceitos do SUS e oferecendo um modelo de cuidado ao usuário em sua integralidade, a equipe multiprofissional será dimensionada em todos os serviços assistenciais (pronto atendimento, internação, ambulatório e brinquedoteca), considerando a demanda de cada área.

A assistência da equipe Multiprofissional será organizada de forma a atender as normativas legais exaradas pelo poder público por meio de leis, portarias, instrutivos e outros documentos oficiais, das definições das agências regulatórias e resoluções dos conselhos profissionais.

A equipe prestará assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando das estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde, cuidados paliativos, sempre tendo em vista a qualidade de vida, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil.

A distribuição da equipe multiprofissional será regida pelos critérios de densidade populacional atendida, complexidade da assistência oferecida e características epidemiológicas da população.

Instrução para o funcionamento da Fisioterapia

Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas, seja na APS ou na média e alta complexidade.

Segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO, esta profissão fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos

próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da sinergia funcional e da cinesia patológica de órgãos e sistemas do corpo humano, além das disciplinas comportamentais e sociais.

Toda prática do profissional fisioterapeuta no HECAD será norteada pela Resolução nº 424/2013 – Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. O dimensionamento e horário de cobertura nas UTI serão regidos pela Resolução nº 7/2010. No Pronto Atendimento essa regência será norteada pela Portaria nº 2.048/2002 do Ministério da Saúde e nas Enfermarias ela ocorrerá segundo a Resolução COFFITO nº 444/2014.

O fisioterapeuta, enquanto participante da equipe multidisciplinar da Unidade, deverá praticar o exercício da profissão de forma interdisciplinar, tendo como foco de seus conhecimentos a assistência ao paciente internado. Para isso, todas as condutas aplicadas deverão seguir a prática básica em evidências.

Normas e rotinas propostas ao Fisioterapeuta

- Realizar avaliação e monitoramento sistemático nas variáveis referentes aos sistemas cardiorrespiratório e neuro-músculo-esquelético;
- Determinar o diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, da funcionalidade e do sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas;
- Solicitar parecer técnico especializado a outros profissionais de saúde, quando necessário;
- Elaborar e emitir parecer, atestado ou laudo pericial, indicando o grau de capacidade ou incapacidade funcional, com vistas a apontar competências ou incompetências laborais (transitórias ou definitivas), mudanças ou adaptações nas funcionalidades (transitórias ou definitivas) e seus efeitos no desempenho laboral (Resolução COFFITO nº 381/2010).
- Realizar consulta fisioterapêutica e anamnese, bem como solicitar e realizar interconsultas e encaminhamentos;

- Manter ou melhorar as amplitudes de movimento articular, lançando mão de recursos terapêuticos, posicionamentos funcionais no leito e, caso necessário, de recursos ortopédicos;
- Prestar assistência aos pacientes internados na UTI pediátrica, com foco na manutenção das funções vitais dos diversos sistemas corporais, enfatizando as funções cardiorrespiratórias e neuromotoras;
- Auxiliar o médico e a equipe multidisciplinar no procedimento de intubação orotraqueal e de reanimação cardiorrespiratória;
- Gerenciar e monitorar, de forma compartilhada, os aparelhos utilizados - tais como suporte ventilatório, ventilação mecânica invasiva e não invasiva -, evoluindo alterações embasadas em dados gasométricos, laboratoriais, exames de imagem, sinais vitais, condições clínicas e marcadores funcionais (saturação arterial de oxigênio, padrão respiratório, frequência respiratória, ausculta pulmonar e mecânica ventilatória);
- Realizar desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica invasiva;
- Auxiliar na prevenção de transtornos circulatórios (trombose venosa profunda e infiltrado de extremidades), podendo realizar a prescrição de meias compressivas, após discussão com a equipe multidisciplinar;
- Realizar reabilitação funcional;
- Modular tônus muscular;
- Auxiliar na prevenção e tratamento de síndromes dolorosas;
- Participar e colaborar na educação continuada de profissionais da Unidade;
- Prescrever órteses, próteses e materiais especializados (andadores, cadeira de rodas, palmilhas, muletas, calçados anatômicos, bengala, carrinho, coletes, etc.), conforme descrito na Portaria SAS/MS nº 661/2010;
- Participar de grupos de estudo, comissões e conselhos da Unidade;
- Realizar pesquisas científicas relacionadas à sua área de trabalho e afins;
- Auxiliar na prevenção e tratamento de síndromes dolorosas;
- Estimular mudanças ativas de decúbito, trocas de posturas e transferências;
- Estimular e proporcionar ganho de posturas altas de sedestação a ortostatismo passivo ou ativo;
- Estimular deambulação e treino de marcha supervisionados, com ou sem recursos auxiliares;

- Monitorar a força muscular com escalas e dispositivos de avaliação e manter e/ou melhorar a função muscular em termos de força, resistência, potência e trofismo, utilizando, além de posturas e atividades funcionais - tais como recursos terapêuticos de mobilização ativa, treinos com resistência e eletroestimulação -, quando necessário e viável;
- Realizar aspirações durante as terapias (Acórdão COFFITO nº 474/2016), conforme protocolo institucional, quando houver sinais sugestivos da presença de secreção nas vias aéreas (por exemplo, secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar, padrão denteado na curva fluxo volume observado na tela do ventilador, etc.), avaliando a possibilidade de uso de circuito fechado, principalmente em situações específicas;
- Manter cuidados com as vias aéreas, monitorando a pressão do balonete do tubo traqueal ou da cânula de traqueostomia. Nos casos em que não há riscos de broncoaspiração, proceder o desmame do cuff (balonete) da cânula de traqueostomia junto à equipe multidisciplinar, otimizando a troca para uma cânula de metal;
- Ater-se a uma adequada umidificação e aquecimento dos gases ofertados para assegurar a integridade das vias aéreas e uma adequada função mucociliar, quando se fizer necessário (alto fluxo);
- Estabelecer as metas de saturação arterial de oxigênio do paciente, junto à equipe multiprofissional, e realizar a oferta adequada e necessária de oxigênio, a fim de corrigir hipoxemia e evitar hiperóxia e prováveis efeitos deletérios pelo uso indevido;
- Manter e orientar o posicionamento adequado e funcional do paciente, o que deve ser feito sempre ao final das condutas realizadas, interagindo com a equipe de enfermagem quanto à continuidade do programa de prevenção de úlceras de pressão, prevenção de deformidades, encurtamentos e melhora do padrão ventilatório do paciente;
- Aplicar medidas bundles para prevenção de infecções hospitalares;
- Atuar como preceptor na formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação (Resolução COFFITO nº 424/2013, Art. 41º);
- Registrar no prontuário eletrônico a prescrição fisioterapêutica, a evolução, as metas previstas e alcançadas, assim como as intercorrências e condições de alta em Fisioterapia;

- Coletar os marcos de evolução do quadro funcional dos pacientes;
- Informar ao paciente e familiar acompanhante quanto à consulta fisioterapêutica, diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos, objetivos do tratamento, condutas e procedimentos a serem adotados, esclarecendo-o ou o seu responsável legal (Resolução COFFITO nº 424/2013, Art. 14º, inciso V).

Instrução para o funcionamento da Fonoaudiologia

A Fonoaudiologia Hospitalar é a área da Fonoaudiologia que atua com o paciente ainda no leito de forma precoce, preventiva, intensiva, pré e pós-cirúrgica. A atenção ao paciente disfágico será uma das principais intervenções a serem realizadas pelo Fonoaudiólogo no HECAD, dado o perfil de atendimento da unidade hospitalar.

A disfagia é a dificuldade de deglutição relacionada ao funcionamento das estruturas orofaringolaríngeas e esofágicas, dificultando ou impossibilitando a ingestão oral segura, eficaz e confortável de saliva, líquidos e/ou alimentos de qualquer consistência, podendo ocasionar desnutrição, desidratação, aspiração, desprazer e isolamento social, além de complicações mais graves como a pneumonia aspirativa e o óbito.

A equipe de Fonoaudiologia atuará no HECAD com avaliação, habilitação e/ou reabilitação da função deglutiória e de outros procedimentos de competência do fonoaudiólogo. A autonomia profissional será respeitada sendo a regulação do exercício profissional sustentada no Código de Ética da Fonoaudiologia.

Normas e rotinas propostas ao Fonoaudiólogo

- Realizar triagem, avaliação, diagnóstico, prognóstico, terapia, gerenciamento, encaminhamento e orientações dos aspectos da comunicação, deglutição, equilíbrio e outros procedimentos de competência do fonoaudiólogo, de acordo com a doença-base do paciente no âmbito hospitalar;
- Prescrever consistência de alimentos e espessante;
- Realizar exames da deglutição e acompanhamento e realização da parte funcional na nasofibrolaringoscopia da deglutição;

- Prestar assistência técnica para emissão de parecer sobre assuntos de competência do fonoaudiólogo.
- Conhecer equipamentos utilizados no ambiente hospitalar;
- Realizar aspiração das vias aéreas; manejo de traqueostomia (higienização – orientação à equipe e aos cuidadores sobre higienização de cânula; manipulação do cuff e adaptação de válvulas fonatórias e de deglutição, além de ser inserido nas adaptações de próteses traqueoesofágicas; manejo de traqueostomias com ou sem janelas de acordo com a necessidade/indicação de decanulação);
- Construir e aplicar protocolos clínicos e indicadores de qualidade no HECAD;
- Aplicar os princípios de biossegurança no ambiente hospitalar;
- Participar de equipes multidisciplinares, esclarecendo aspectos fonoaudiológicos pertinentes às demandas fonoaudiológicas hospitalares;
- Prestar assistência técnica para emissão de parecer sobre assuntos de competência do fonoaudiólogo;
- Articular com os dispositivos de saúde dos diferentes níveis de atenção à saúde, entendendo que a atuação hospitalar está inserida em uma rede cuja continuidade depende do trabalho conjunto com os demais elementos que compõem a rede de atenção à saúde.
- Registrar no prontuário digital a prescrição fonoaudiológica, a evolução, as metas previstas e alcançadas, assim como as intercorrências e condições de alta em Fonoaudiologia;

Instrução para o funcionamento da Nutrição Clínica

O Serviço de Nutrição Clínica Hospitalar que será implantado no HECAD deverá prestar assistência nutricional e dietoterápica; promover educação nutricional; prescrever suplementos nutricionais; solicitar exames laboratoriais; prestar assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição a pacientes e acompanhantes, dentre outras funções.

Entendendo que a nutrição adequada é indispensável para a manutenção e recuperação da saúde, pretende-se com a inserção desta categoria no HECAD, oferecer assistência dietoterápica aos pacientes da Unidade, visando à recuperação

e/ou manutenção do estado nutricional adequado por meio de prescrição, orientação e reeducação nutricional.

Normas e rotinas propostas ao Nutricionista Clínico:

- Realizar exame físico nutricional;
- Realizar diagnóstico das necessidades nutricionais do usuário;
- Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes;
- Orientar quanto ao uso de suplemento alimentar, quando necessário;
- Fornecer relatório nutricional quando necessário.
- Registrar em prontuário dos pacientes a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).
- Realizar orientação nutricional na alta dos pacientes, estendendo-a aos acompanhantes.
- Orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta.
- Interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.
- Solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).
- Prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário.
- Promover ações de educação alimentar e nutricional para pacientes e acompanhantes.
- Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.

Instrução para o funcionamento da Pedagogia Hospitalar

Em 1994 o Ministério da Educação (MEC) lançou a Política Nacional de Educação Especial, quando se estabeleceu a chamada classe hospitalar, assim relatada como "[...] ambiente hospitalar que possibilita o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitam de educação especial e que estejam em tratamento de saúde" (BRASIL, 1994, p. 20).

É neste contexto que a atuação do pedagogo na Instituição Hospitalar, unindo saberes com demais membros da equipe interdisciplinar, trás o olhar no âmbito educacional do tratamento, discutindo, repensando, ressignificando e atuando coletivamente e individualmente para o atendimento humanizado, valor insubstituível da Agir.

O contexto de hospitalização de crianças e adolescentes tende naturalmente a privá-las de sua vida acadêmica, correndo o risco de se instaurar o fracasso escolar e transtornos em seu desenvolvimento. Diante disso percebeu-se a necessidade de estabelecer um acompanhamento pedagógico das crianças/ adolescentes, internadas no HECAD, afastados do convívio escolar.

Além disso, formar uma equipe de Pedagogia Hospitalar no HECAD, contribuirá para a socialização dos pacientes, trazer para a criança ou adolescente internado uma rotina mais humanizada, menos estressante, possibilitando a elas um universo de saúde lúdico e criativo. A Pedagogia poderá contribuir para que, mesmo em ambiente diferente, o paciente possa familiarizar com algum aspecto que o faça sentir-se menos distante de seu ambiente doméstico e infantil.

Normas e rotinas propostas ao Pedagogo Hospitalar:

- Elaborar o PEI (Plano Educacional Individual) com o objetivo de intervir na continuidade do processo de aprendizagem escolar das crianças internadas a mais de 15 dias em idade escolar;
- Realizar atendimento didático-pedagógico beira leito ou em grupo na sala destinada, fazendo uma ponte com a Instituição de ensino, a qual o paciente está

matriculado, procurando minimizar os impactos pedagógicos causados pelo necessário afastamento da escola por conta da internação.

- Realizar evolução diariamente em prontuário digital, para acompanhamento também da equipe Multidisciplinar; mantendo abertura a possíveis interferências necessárias a esse processo de acompanhamento da escolarização hospitalar;
- Planejar e desenvolver oficinas lúdicas e criativas, atividades de recreação, para que essas atividades possam minimizar a instância emocional da criança /adolescente hospitalizada, ressignificando a passagem da mesma pelo ambiente hospitalar;
- Conduzir as atividades da brinquedoteca do Hospital, utilizando-a de forma lúdica e pedagógica;
- Planejar e desenvolver um calendário anual de atividades/oficinas que estejam em consonância com o calendário escolar praticado na Política de Educação;
- Apoiar as ações de humanização de todos os departamentos da Instituição.

Instrução para o funcionamento da Psicologia

A Psicologia Hospitalar é defendida como um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde.

O setting terapêutico criado pela(o) psicóloga(o) na atenção à pacientes hospitalizados e/ou seus familiares tem por princípio garantir um espaço para a escuta do sofrimento psíquico sem desconsiderar as interfaces com os processos biológicos e socioculturais que se apresentam naquele momento.

Esta escuta clínica da(o) psicóloga(o) hospitalar é ampliada a três diferentes grupos de atenção: pessoa assistida, família e instituição. Esta tríade configura um diferencial importante do trabalho da Psicologia dentro das instituições de saúde, em contraponto com a atuação na clínica, pois o foco central no sujeito adoecido ou em sofrimento preconiza um olhar ampliado à família do paciente como extensão dessa dor emocional e uma necessidade de interação efetiva com a equipe de saúde que acompanha o caso.

Normas e rotinas propostas ao Psicólogo

- Realizar anamnese psicológica e exame psíquico ao paciente;
- Realizar atendimento individual psicoterapêutico, suporte emocional, visando a promoção e recuperação da saúde física e mental;
- Atender pacientes, familiares e equipe em complemento ao PTS do paciente, numa perspectiva de integralidade e Psicologia Social;
- Avaliar o grau de comprometimento emocional causado pela doença, tratamento e/ou internações, proporcionando condições para o desenvolvimento ou manutenção de capacidades e funções não prejudicadas pela doença, tanto a pacientes como a seus familiares;
- Favorecer ao paciente a expressão de sentimentos sobre a vivência da doença, tratamento e hospitalizações, [...] facilitando a ampliação da consciência adaptativa do paciente, ao minimizar o sofrimento inerente ao ser e estar doente;
- Fazer com que a situação de doença e tratamento sejam bem compreendidas pelo paciente, evitando sempre que possível, situações difíceis e traumáticas, favorecendo a participação ativa do paciente no processo;
- Detectar e atuar frente aos quadros psicorreativos decorrentes da doença, do afastamento das estruturas que geram confiança e segurança ao paciente, quebra do cotidiano e diferentes manifestações causadas pela doença e hospitalização;
- Detectar condutas e comportamentos anômalos à situação de doença e hospitalização, orientando e encaminhando para tratamento específico;
- Detectar precocemente antecedentes ou alterações psiquiátricas que possam comprometer o processo de tratamento médico, orientando e encaminhando a serviços especializados;
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes, facilitar a integração dos pacientes nos serviços e unidades;
- Fornecer apoio e orientação psicológica aos familiares dos pacientes internados, incentivando a participação da família no processo de doença;
- Contribuir para a criação de mecanismos para a saúde mental dos trabalhadores, como dispositivos de acolhimento, rodas de conversa, participação no processo de educação permanente com a discussão, de modo interativo, de temas relacionado

à morte, sentido da vida, espiritualidade, entre outros, pertinentes ao cuidado em saúde dos pacientes/familiares e dos próprios trabalhadores.

Instrução para o funcionamento do Serviço Social

O Serviço Social é uma profissão predominantemente interventiva, sendo exigido do profissional que forneça respostas às múltiplas expressões da questão social a qual o paciente está inserido. Dessa forma, o Assistente Social atua junto ao contexto sócio familiar do paciente, em articulação direta com os familiares e Rede de Proteção Social, contribuindo para que seu direito de cuidado integral à saúde não seja violado em decorrência de fragilidade, risco ou até mesmo vulnerabilidade social.

O trabalho do Serviço Social será estruturado conforme documentos legais que regem a profissão, tais como o Código de Ética do Assistente Social, a Lei nº 8.662/1993, a Lei nº 12.317/2010, dentre outras normativas e documentos oficiais das agências regulatórias e do conselho da profissão. A autonomia profissional será respeitada, sendo a regulação do exercício profissional sustentada no Código de Ética desta categoria.

Com base nas informações sobre o HECAD, conforme Edital de Chamamento Público N° 05/2022-SES/GO, faz-se necessário dimensionar Assistentes Sociais aos serviços assistenciais da Unidade. O objetivo é oferecer suporte social ao paciente e família, da admissão até a alta, buscando estabelecer um cuidado em perspectiva integral, com vistas à autonomia e garantia de direitos dos usuários.

Normas e rotinas propostas ao Assistente Social

- Acolher o paciente e/ou familiar/acompanhante, contribuindo para uma experiência humanizada na Unidade, conforme preconizado pela PNH;
- Realizar orientações sociais aos pacientes e/ou familiares no que se refere a questões práticas sobre a RAS (Rede de Atenção a Saúde), fluxo de regulação, fluxo para acesso a insumos e serviços, direitos e deveres junto ao SUS, normas e rotinas da Unidade, etc., buscando a autonomia do usuário diante de seu tratamento de saúde;

- Realizar orientações sociais aos pacientes e/ou familiares acerca de direitos sociais que podem interferir no processo saúde-doença, tais como questões socioassistenciais, demandas previdenciárias, trabalhistas, saneamento básico, etc.;
- Estabelecer articulação com demais serviços do SUS e com o Sistema Único de Assistência Social, de forma a garantir direitos de cidadania, cuidado transdisciplinar e ação intersetorial;
- Realizar encaminhamentos sociais para Unidades Básicas de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, Defensoria Pública, etc., conforme demanda;
- Realizar mediações diversas entre paciente-equipe, paciente-família, família-equipe, favorecendo a comunicação entre as partes, numa perspectiva de segurança do paciente e garantia de direitos;
- Compreender o contexto sócio familiar e econômico do paciente, como ferramenta de apoio para cuidados médicos, multiprofissionais e administrativos;
- Identificar e realizar acompanhamento social durante toda a internação de crianças e adolescentes em contexto de risco ou vulnerabilidade social (exemplos: vínculos familiares fragilizados/rompidos, suspeita de maus tratos ou violência, contexto de uso de drogas, contexto de pobreza extrema, evasão do ambiente escolar,), buscando estratégias para a sequência do cuidado no retorno ao território;
- Realizar acompanhamento social dos pacientes e/ou acompanhantes com transtornos mentais, com orientações sociais, intervenções e encaminhamentos sociais, conforme demanda.
- Realizar acompanhamento social do paciente e família em casos de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), auxiliando a família neste processo.
- Acompanhar e intervir junto no processo de desospitalização do paciente, sobretudo dos pacientes em situação de risco/vulnerabilidade social ou sanitária;intervindo nos casos de demanda de insumos e serviços pós alta (ex: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), oxigênio, leite ou medicação de alto custo, dieta enteral, cadeira de rodas, etc. Assegurar que direitos foram garantidos conforme demanda, para uma alta segura.

- Realizar palestras em eventos da Unidade destinado aos pacientes e acompanhantes, abordando temas ligados aos direitos sociais e Rede de Proteção Social;
- Propor novos projetos, oportunizando um espaço para diálogo, partilha e troca de experiências com profissionais de diversas áreas;
- Participar de programas existentes na Unidade, contribuindo para maior adesão dos pacientes;
- Realizar articulação com órgãos pactuados com o HECAD e outros da região de abrangência, na perspectiva de fortalecimento da rede de apoio e constantes propostas de melhoria do cuidado;
- Realizar acompanhamento social da família em caso de óbito do paciente, fornecendo acolhimento, orientações sociais sobre fluxos direitos e deveres da família pós óbito, intervenções e articulação de Rede, conforme demanda.

Instrução para o funcionamento da Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional a ser implantada no HECAD deverá prevê o procedimento de avaliação, intervenção e orientação, realizado com o paciente internado e/ ou familiar e cuidador, em pronto atendimento, enfermaria, UTI, isolamento e brinquedoteca hospitalar, para intervenção o mais precoce possível, a fim de prevenir deformidades, disfunções e agravos físicos e/ou psicoafetivo-sociais, promovendo o desempenho funcional/ocupacional e qualidade de vida durante a hospitalização.

A terapia ocupacional de um modo geral, envolve a realização de exercícios e atividades para manutenção e execução das atividades básicas de vida diária, ganho de amplitude de movimento e força, orientação para reeducação sensorial, promoção e treino de motricidade, orientação postural e de ergonomia, adaptações, confecção de órteses, dentre outros.

A Atuação do Terapeuta Ocupacional em Contextos Hospitalares visa à proteção, promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e Cuidados Paliativos, do indivíduo e da coletividade, pautado na concepção de integralidade e humanização da atenção à saúde.

Espera-se no percurso de cuidado do paciente internado no HECAD, que a Terapia Ocupacional exerça um papel fundamental: retornar função, orientando e treinando o paciente para a execução das atividades do cotidiano, lazer, atividades escolares, as quais se encontre restrito e/ou limitado.

Normas e rotinas propostas ao Terapeuta Ocupacional

- Realizar diagnóstico terapêutico ocupacional do paciente;
- Realizar a eleição, execução e utilização de métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares;
- Realizar consulta, interconsulta e avaliação terapêutica ocupacional com paciente, e acompanhante;
- Estabelecer diagnóstico Terapêutico Ocupacional e se necessário solicitar interconsulta, exames complementares e pareceres para definir a conduta e o prognóstico terapêutico-ocupacional;
- Realizar o planejamento do tratamento e intervenção – constituída por uma série de ações que envolvem tanto a seleção, como a indicação e aplicação de métodos, técnicas e procedimentos terapêuticos ocupacionais, adequados e pertinentes às necessidades e características do paciente e familiares, monitorando seu desempenho nas diferentes áreas ocupacionais, particularmente nas AVDS, AIVDS, produtividade, lazer e participação social;
- Determinar as condições de alta terapêutica ocupacional e possíveis encaminhamentos;
- Emitir laudos, atestados, pareceres e relatórios terapêuticos ocupacionais;

Área de abrangência, horário e equipe mínima multiprofissional

Pronto Atendimento, Enfermaria e UTI

Categoria	Área de abrangência	Carga horária	Jornada	Escala	Equipe mínima	Total
Fisioterapia	Pronto Atendimento	30h	7h às 19h	12x60	3	36
		30h	19h às 7h	12x60	3	
	Enfermaria	30h	7h às 19h	12x60	12	
		UTI	30h	7h às 19h	12x60	
UTI	30h		19h às 7h	12x60	9	
	Fonoaudiologia	Enfermaria	44h	7h às 19h	12x36	6
UTI		44h	7h às 19h	12x36	6	
Nutrição Clínica	Pronto Atendimento	44h	7h às 19h	12x36	3	18
		44h	19h às 7h	12x36	3	
	Enfermaria	44h	7h às 19h	12x36	6	
		UTI	44h	7h às 19h	12x36	
Pedagogia	Internação		44h	7h às 19h	12x36	2
Psicologia	Pronto Atendimento	44h	7h às 19h	12x36	2	14
		44h	19h às 7h	12x36	2	
	Enfermaria	44h	7h às 19h	12x36	6	
		UTI	44h	7h às 19h	12x36	
Serviço Social	Pronto Atendimento		30h	7h às 19h	12x60	3
		30h	19h às 7h	12x60	3	
	Enfermaria	30h	7h às 19h	12x60	9	
		UTI	30h	7h às 19h	12x60	3
Terapia Ocupacional	Enfermaria		30h	7h as 13h	diarista	1
		30h	13h as 19h	diarista	1	
	UTI	30h	7h as 13h	diarista	1	
		30h	13h as 19h	diarista	1	

Ambulatório

Categoria	Carga horária	Escala	Equipe mínima
Fisioterapia	30h	diarista	1
Fonoaudiologia	30h	diarista	1
Nutrição Clínica	30h	diarista	1
Psicologia	30h	diarista	1

Atendimento a Vítima de Violência Sexual (VVS)

Categoria	Carga horária	Escala	Equipe mínima
Enfermagem	30h	diarista	1
Farmácia	30h	diarista	1

Psicologia	30h	diarista	1
Serviço Social	30h	diarista	1

Centro de Reabilitação de Fissuras lábio-palatinas (CERFIS)

Categoria	Carga horária	Escala	Equipe mínima
Fonoaudiologia	30h	diarista	1
Psicologia	30h	diarista	1
Serviço Social	20h	diarista	1
Bucomaxilofacial	20h	plantonista	4
Odonto Clínico geral	20h	plantonista	2
Odontopediatria	20h	plantonista	2
Ortodontia	20h	plantonista	2
Periodontia	20h	plantonista	1

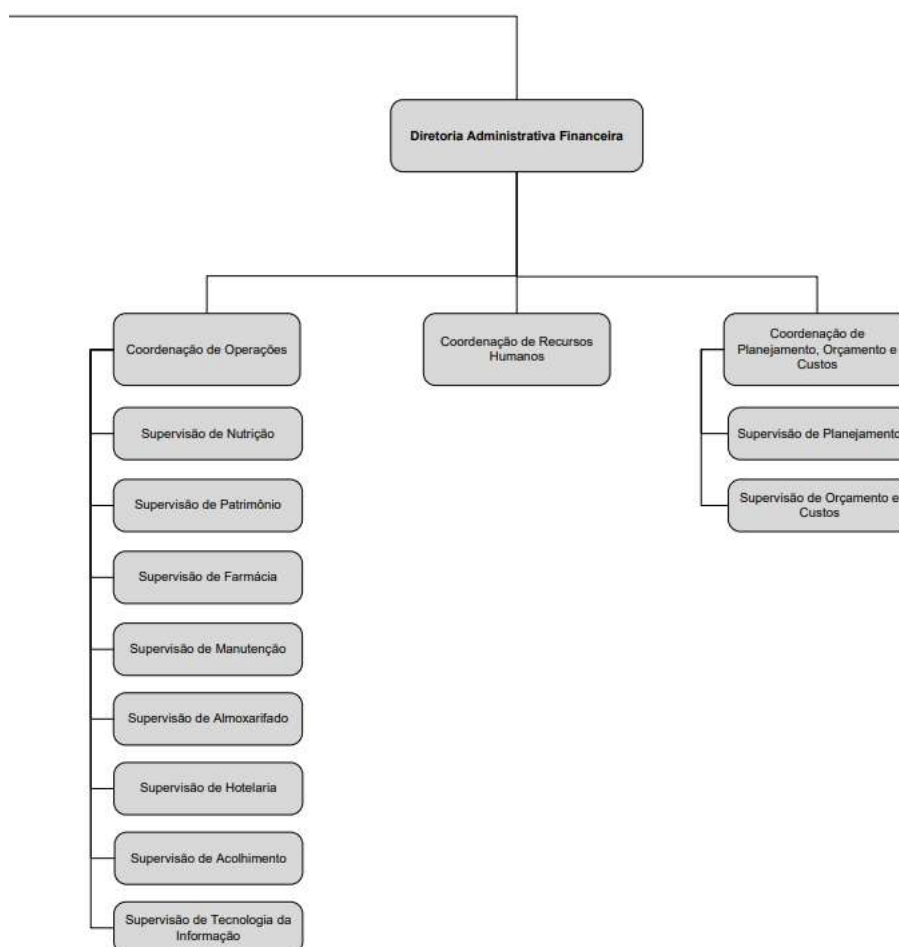
3.4.3 NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

As normas propostas para a Administração Geral do HECAD, obedecerão às diretrizes e orientações superiores da Agir dispostas por meio do Regimento Interno do hospital conforme pode ser observado na presente proposta.

Este serviço tem por finalidade: planejar, organizar, controlar e coordenar um conjunto de atividades administrativas referente ao gerenciamento sobre os setores administrativos e de apoio da Unidade.

A Administração Geral segue a estruturação de nível superior conforme representada no organograma da estrutura diretiva a seguir:

Tabela 68 – Estrutura da Diretoria Administrativa Financeira.



Diretoria Administrativa

É a estrutura subordinada à Diretoria Geral da Unidade, destinada a realizar planejamento, promoção, supervisão, coordenação, controle e avaliação das atividades administrativas e de apoio do HECAD.

Horário de funcionamento: De segunda à sexta feira das 8h às 18h.

À Diretoria Administrativa compete:

- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades administrativas, assegurando o funcionamento harmonioso de todas as áreas e serviços integrantes de sua estrutura funcional básica, em rigorosa obediência às decisões fixadas pela Diretoria Geral.

- Participar, juntamente com o Diretor Geral, das atividades de planejamento e execução dos planos e projetos do HECAD.
- Formular, incrementar, controlar e avaliar as ações e os serviços administrativos, do HECAD, observando as diretrizes do SUS previstas na Constituição Federal.
- Assistir ao Diretor Geral, em assuntos administrativos, em particular, nos de natureza econômica e/ou de auditoria administrativa- financeira.
- Apresentar à Diretoria Geral do HECAD, os relatórios de atividades, na periodicidade determinada.
- Organizar internamente o funcionamento da Diretoria Administrativa conforme a natureza técnica e a complexidade das atividades.
- Propor à Diretoria Geral o planejamento estratégico e a programação anual de trabalho, assim como a especificação e a implantação de sistemas funcionais, gerenciais e administrativos e financeiros.
- Submeter à aprovação do Diretor Geral a aquisição de materiais de consumo, bens patrimoniais e a contratação de serviços de terceiros;
- Propor à Diretoria Geral, ouvido a Gerência de Recursos Humanos, a admissão e demissão de funcionários.
- Supervisionar serviços de Patrimônio, Manutenção e demais serviços de apoio administrativo, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas para a realização dos trabalhos.

Tabela 69 - Dimensionamento de pessoal Inserir planilha da equipe DAF.

SETOR	CARGO	TURNO	CH SEMANAL	QUANTIDADE
Diretoria	Diretor (a) Administrativo e Financeiro	Diarista	40h	1
Gestão	Gerente de Operações	Diarista	40h	1
	Gerente de Planejamento Orçamento e Custos	Diarista	40h	1
	Gerente de Recursos Humanos	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) Administrativo (a)	Diarista	40h	2
	Supervisor (a) de Acolhimento	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Almoxarifado	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Comunicação	Diarista	40h	1

	Supervisor (a) de Equipamentos e Engenharia Clínica	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Formalização de Pessoal	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Governança	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Manutenção	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Orçamentos e Custos	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Patrimônio	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Planejamento e Finanças	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Qualidade	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Recursos Humanos	Diarista	40h	1
	Supervisor (a) de Tecnologia da Informação	Diarista	40h	1
Administrativo/ Financeiro	Almoxarife	Diarista	40h	8
	Analista Administrativo I	Diarista	40h	5
	Analista Administrativo II	Diarista	40h	4
	Analista de Custos II	Diarista	40h	1
	Analista de Planejamento e Controle I	Diarista	40h	1
	Analista de Planejamento e Controle II	Diarista	40h	1
	Analista de Recursos Humanos I	Diarista	40h	3
	Analista de Recursos Humanos II	Diarista	40h	2
	Analista de T.I I	Diarista	40h	1
	Analista de T.I II	Diarista	40h	1
	Assistente Administrativo	Diarista	40h	27
	Assistente da Qualidade	Diarista	40h	2
	Assistente de Manutenção	Diarista	40h	1
	Assistente de Patrimônio	Diarista	40h	4
	Assistente de Recursos Humanos	Diarista	40h	5
	Assistente de Suporte - TI	Diarista	40h	2
	Assistente de Suporte - TI	Diurno	12h x 36h	4
	Assistente de Suporte - TI	Noturno	12h x 36h	4
	Atendente de Call Center	Diarista	30h	6
	Atendente de Hospitalidade	Diurno	12h x 36h	14
	Atendente de Hospitalidade	Noturno	12h x 36h	14
	Auxiliar Administrativo	Diarista	40h	2
Comunicólogo (a) I	Diarista	40h	1	
Enfermeiro(a) do Trabalho	Diarista	40h	1	

Engenheiro(a) de Saúde e Segurança	Diarista	20h	1
Faturista	Diarista	40h	8
Maqueiro	Diurno	12h x 36h	12
Maqueiro	Noturno	12h x 36h	24
Médico (a) do Trabalho	Diarista	20h	1
Ouvidor (a) I	Diarista	40h	1
Secretária Geral	Diarista	40h	1
Técnico (a) em Enfermagem do Trabalho	Diarista	40h	2
Técnico (a) em Segurança do Trabalho	Diarista	40h	4

O conjunto de normas, rotinas e procedimentos contendo informações e orientações pertinentes aos setores: Recursos Humanos, Tecnologia da Informação, Financeiro, Contábil, Faturamento e Compras estão devidamente registradas em diretrizes da Agir, conforme a seguinte estrutura institucional: Políticas - POL, Diretrizes de Suporte - DIS, Registros de Qualidade - REG, Modelo de Documento - MDO e Procedimento Operacional Padrão – POP.

Horário de funcionamento da administração geral: De segunda à sexta feira, das 8h às 18h.

Setor: Financeiro, Contábil e Compras (serviços centralizados na Sede da Agir – Corporativo)

Horário de funcionamento: De segunda à sexta feira das 8h às 18h.

3.4.4. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE

Aquisições

As aquisições de materiais para o HECAD serão realizadas pelo Serviço de Compras da Agir, o qual terá como competências:

- Garantir o suprimento constante de medicamentos, materiais de consumo em geral, gêneros alimentícios e serviços, enfim todos os recursos materiais necessários ao funcionamento da Unidade;
- Analisar as solicitações/requisições de compras;
- Orientar e coordenar as diversas fases dos processos de aquisição para devido cumprimento de prazos, preservando o abastecimento da unidade em tempo hábil;
- Cumprir e fazer cumprir as especificações técnicas dos materiais/produtos em geral que atendam ao padrão técnico aceitável, de acordo com o mercado;
- Contribuir na padronização dos produtos utilizados e, quando for o caso, nas solicitações de produtos não padronizados, procedendo os encaminhamentos necessários, conforme justificativa substancial apresentada, demanda e recursos existentes, em conformidade com a rotina definida para padronização de materiais médico-hospitalares.

Todas as aquisições da Agir seguem o preconizado no Regulamento para os Procedimentos de Compras, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações da Agir, aprovado pela Controladoria Geral do Estado de Goiás, em 25 de novembro de 2019, e publicado no Diário Oficial do Estado de Goiás em 02 de dezembro de 2019, e cuja cópia está disponível no Portal Transparência da Agir.

Segue a proposta de Regulamento inicial, sendo este passível de alterações mediante análises e contribuições entre as partes:

Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pela Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – Agir, com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à UPA 24h José Póvoa Mendes, bem como para regulamentar a alienação de bens.

§ 1º Na condição de Organização Social, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da administração pública, minimamente na observância da

legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

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

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

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

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

- I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a UPA 24h José Póvoa Mendes com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades;
- II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato;
- III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura;
- IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrante de execução de obra;
- V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária;

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

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

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

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

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art. 3º Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento, a Agir deverá:

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

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

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

II. Publicação da Carta Cotação conforme artigo 6º;

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

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

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

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

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

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

- I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço;
- II. Especificações técnicas;
- III. Quantidade e forma de apresentação;
- IV. Documentação relativa à qualificação técnica, quando necessário;
- V. Justificativa da compra ou contratação.

§ 1º A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida a autorização do Diretor da UPA 24h José Póvoa Mendes e encaminhada a Agir.

Art. 6º A Agir dará publicidade prévia aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, nos seguintes prazos e canais de comunicação:

- I. No mínimo 02 (dois) dias úteis, nos casos de aquisição/reposição de bens de consumo, e serviços de manutenção em geral (reparo, conserto), de qualquer valor;
- II. No mínimo 03 (três) dias úteis, nos casos de aquisição de bens patrimoniais, contratação de prestação de serviços e fornecimento contínuo de bens de consumo;
- III. No mínimo 5 (cinco) dias úteis, nos casos de contratação de obras e alienações, de qualquer valor;
- IV. Sítio eletrônico na *internet* www.agirsaude.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, independentemente do valor, incluídas aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras.

§ 1º A Agir divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentação do preço, entre outras.

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

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

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

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

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

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

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

I. Qualidade;

II. Preço;

III. Prazo de entrega;

IV. Prazo de validade;

V. Análise técnica;

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

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

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

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

Art. 10º Para se habilitar no certame os proponentes deverão apresentar os seguintes documentos:

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

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

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

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

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

IV. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) para o representante da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

V. Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, mediante Certidão Conjunta de débitos relativos a Tributos Federais e da Dívida Ativa da União, que abranja inclusive a regularidade relativa às contribuições previdenciárias e sociais;

VI. Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Estaduais;

VII. Prova de regularidade para com a Fazenda Municipal, mediante Certidão Negativa de Débitos relativos aos Tributos Municipais, no caso de obras e serviços;

VIII. Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, mediante apresentação do Certificado de Regularidade do FGTS – CRF;

IX. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

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

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

- a) Aquisições/contratações no valor de até o limite de R\$ 8.800,00 (Oito mil e oitocentos reais);
- b) Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente colocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela da Agir, ou ainda impuser risco a saúde e/ou integridade física de pessoas ou pacientes;
- c) Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

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

§ 4º As certidões negativas poderão ser apresentadas até a emissão do Relatório de Compras.

§ 5º Na aquisição de bens, equipamentos, insumos e serviços essenciais à manutenção da vida, nas quais devido à exclusividade do fornecedor, escassez de produtos e restrição de mercado em razão de pandemia/catástrofes, seja verificada a existência de "sobrepço", os documentos mencionados nos incisos VII a XI poderão ser dispensados a fim de viabilizar a compra com menor preço.

Art. 11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, durante o processo de aquisição/contratação, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada.

§ 1º Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termos do artigo 6º, observados os casos do § 5º, do artigo 10.

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

§ 3º Os preços do banco de dados próprio da Agir poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

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

I. Nos casos de ordem de compra, estas serão autorizadas pelo Superintendente Administrativo-Financeiro;

II. Nos casos de contrato pelo Superintendente Administrativo-Financeiro previamente no Relatório de Compras e pelo Superintendente Executivo no Contrato;

III. As compras/contratações cujo valor global seja superior a R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração da Agir, prévia ou ad referendum, independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Superintendente Administrativo-Financeiro e Superintendente Executivo da Agir.

Parágrafo Único - O Superintendente Executivo e o Superintendente Administrativo-Financeiro são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos Relatórios de Compras, das Ordens de Compras e dos Contratos.

Art. 13º Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizados no sítio eletrônico da Agir, durante a vigência do contrato de gestão, observadas minimamente as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de Compra:

- a) Nome da empresa;
- b) CNPJ;
- c) Descrição do item;
- d) Quantidade do item;
- e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato:

- a) Nome da empresa;
- b) CNPJ;
- c) Objeto do contrato;
- d) Vigência do contrato;
- e) Valor total.

Parágrafo Único – Os contratos e seus aditivos, também deverão ser disponibilizados integralmente no sítio eletrônico da Agir.

Art. 14º Concluída a compra ou contratação cumprirá as áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

- I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo;
- II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes;
- III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços;
- IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

Parágrafo Único - Ficam os referidos Serviços, da mesma forma, responsáveis em atestar a conclusão da ordem de compra ou do contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

CAPÍTULO V

DAS EXCEÇÕES

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

- I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objeto do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão;
- II. Contratação com empresas cujo objeto tenha o preço submetido a tabela controlada pelo governo, quando não for possível o estabelecimento da concorrência;
- III. Contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento, seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento;
- IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, por meio de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo Sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca;

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

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

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda R\$35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais), considerado o valor total das aquisições e/ou contratações realizadas durante o ano, por Contrato de Gestão;

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

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

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

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

XII. Aquisição/contratação que utilizar dos valores, informações, condições, prazos, registrados em processos de compras já efetivados pela Agir, com a finalidade de formalizar a nova compra/contratação diretamente com fornecedor vencedor, nas

mesmas condições anteriores. O presente inciso não anula a obrigação descrita no artigo 10.

§ 1º As compras ou contratações com fundamento nos Incisos IV a X, deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de preços no mercado, devidamente registrada no respectivo processo de compra/contratação, podendo ser comprovadas das seguintes formas:

- a) Sempre que possível junto a, no mínimo 03 (três) interessados, por meio de proposta de preço: formal; por e-mail; por plataforma eletrônica de compra; por telefone;
- b) Ou, por, pelo menos, 01 (uma) comprovação por meio de nota fiscal de outros clientes, desde que seja produtos/serviços idênticos ou similares; informações do banco de dados interno e externo; contratações realizadas pela administração pública ou privada.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16º O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos.

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

- I. A qualificação das partes;
- II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço, ou do bem;
- III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;
- IV. O prazo de vigência do contrato;
- V. Quantitativos;
- VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

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

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

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§1º Nos casos em que houver prorrogação contratual, mantendo as mesmas condições de preço, ou quando houver alteração de preço em conformidade com o índice estabelecido em contrato, não será necessário comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, por meio de pesquisa de preços no mercado.

§ 2º Nos casos em que a prorrogação contratual estabelecer alteração de preço acima do índice contratual ou oficial de inflação, será necessário comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade.

§ 3º A comprovação da economicidade se dará por meio do parágrafo único do artigo 15.

§ 4º Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 5º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

Art. 18º As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, constarão de termos aditivos.

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

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

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

Art. 21º O credenciamento será admitido como forma de contratação de fornecedor de bens ou prestador de serviços quando a concorrência de preços não for a melhor forma de seleção, observados os seguintes requisitos:

- a) Os preços sofrerem tabelamento por órgão governamental;
- b) Praticar a Agir tabela própria de preços, quando o tipo de produto ou de serviço indicar mais de um fornecedor;
- c) Nos casos de prestação de serviço por cooperativas de trabalho.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art. 22º Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse da Agir por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Contratante, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável à espécie.

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

Art. 23º A alienação de bens de que trata o Art. 22 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Contratante, devendo ser proposta pelo Superintendente Administrativo-Financeiro, e confirmada pelo Superintendente Executivo.

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

§ 2º A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverão ser precedida de autorização da Contratante, cujo resultado financeiro deverá ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 24º Os bens imóveis pertencentes ao ente público dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pela Agir com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 25º Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado a Agir por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

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

Art. 27º É vedado a Agir manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, ressalvada a hipótese de indisponibilidade de outro fornecedor e comprovada a sua necessidade.

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

Art. 29º Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração da Agir e pela Contratada.

Art. 30º Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 31º Este regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial.

Construção de banco de dados e fornecedores

O banco de dados de materiais/produtos a ser utilizado deve ser avaliado quanto à conformidade das informações, abrangendo descrição, especificação e categorização dos itens.

Todos devem possuir identificação por código do sistema e a segmentação mínima em Espécie, Classe e Subclasse, fator determinante para análises aprofundadas de consumo e embasamento para o assertivo ressuprimento. Destaca-se ainda a importância de eliminação de códigos identificadores duplicados.

Em caso de alterações/adequações do banco de dados, o que acarretará mudanças dos códigos dos produtos e equipamentos, faz-se necessário vincular o novo identificador com o anterior, tal ação propiciará a conservação de todo o histórico de consumo, valores, movimentações de entrada e entre os estoques, sub-estoques e serviços, contribuindo desta forma para a gestão logística.

Cadastro de Fornecedores

Para todas as aquisições/contratações da Agir são exigidas documentações para análise e cadastro, tais como, certidões negativas, cartão CNPJ, Contatos comerciais, etc, podendo alguns destes ser dispensados ou não, em conformidade com o Regulamento de Compras.

Após a constatação da conformidade da documentação encaminhada alimenta-se a plataforma eletrônica com as informações do fornecedor, possibilitando a partir de então a consulta ao seu cadastro, emissão de ordens de compra favoráveis a este, geração de duplicatas de pagamentos e demais rotinas necessárias.

A captação de fornecedores ocorrerá via publicação da Carta Cotação, com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio da Agir na *internet* e plataforma eletrônica de compras, de forma isolada ou

concomitante, seguindo os preceitos do "Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações de Compras".

Cabe ao comprador responsável, com apoio da estrutura da Gerência Corporativa de Suprimentos, buscar fornecedores no mercado regional e nacional, e de maneira contínua captar no mercado melhores condições de aquisição/contratação para a organização.

A habilitação dos fornecedores ocorrerá mediante o atendimento às exigências constantes no Regulamento susodito.

Consultas de preços

As aquisições realizadas na Agir seguem um valor estimado para tal, sendo este valor do banco de dados da organização, ou seja, aquisições e contratações realizadas anteriormente.

Destaca-se, ainda, a utilização de recursos que possibilitam a consulta dos valores praticados pelas empresas no fornecimento de insumos e serviço via ferramentas eletrônicas de consulta, como o Banco de Preço (www.bancodeprecos.com.br) ou plataforma eletrônica de compras, que evidencia o valor orçado, ou mediante a tomada de preço prévia ao processo de aquisição.

Recebimento de materiais

Todas as unidades de saúde geridas pela Agir são abastecidas de bens de consumo, patrimoniais e serviços, pela Gerência Corporativa de Suprimentos, sendo as aquisições/contratações realizadas seguindo as determinações constantes no "Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações de Compras".

Elencam-se a seguir as principais etapas do processo de Aquisição:

- Demanda/Solicitação do Produto ou Serviço;
- Aprovação da Aquisição;
- Orçamentação;
- Emissão de Parecer Técnico;
- Negociação;
- Emissão da Ordem de Compra ou elaboração de Contrato;

- Recebimento do Produto/Serviço;
- Realização do Pagamento ao Fornecedor.

Dentre as etapas com maior criticidade e relevância está o recebimento do produto ou serviço pela Unidade. Nesta fase, será realizada a conferência das informações constantes na ordem de compra ou contrato, analisando se as condições apresentadas pelo fornecedor estão em conformidade com o negociado com a Gerência Corporativa de Suprimentos.

Destaca-se a conferência qualitativa e quantitativa dos materiais entregues, em caso de inconformidade da entrega o responsável pelo recebimento do produto ou serviço, com apoio da estrutura do serviço responsável realiza as tratativas necessárias, como a recusa de entrega, solicitação de carta correção, entre outras.

Vale ressaltar que o fornecimento deve ser devidamente atestado pelo solicitante ou pela pessoa responsável por tal ação, assegurando a conformidade da aquisição (marca, especificação, valor e quantidade).

Armazenamento

Após a etapa do recebimento temos o armazenamento (guarda) dos insumos recebidos, o qual será realizado pelo Serviço de Almoxarifado do HECAD.

O Armazenamento será realizado em conformidade ao endereçamento do estoque, o qual propõe a melhor disposição considerando consumo, segmentação, quantidade, volume e peso dos itens. Este será realizado em conformidade com normas de segurança patrimonial e sanitária, com acessibilidade, em áreas segregadas, observando, com barreiras físicas contra aves e roedores, de fácil higienização e que principalmente poderá ser rastreado desde sua chegada até a sua destinação final.

A armazenagem de medicamentos termolábeis será feita de acordo com as recomendações do detentor do registro em meio que seja qualificável termicamente. Os equipamentos envolvidos na armazenagem de medicamentos termolábeis devem possuir, além da fonte primária de energia elétrica, uma fonte alternativa capaz de efetuar o suprimento imediato de energia, no caso de falhas da fonte primária.

Os medicamentos sujeitos ao regime especial de controle serão guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico, conforme Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.

Distribuição

Mediante a solicitação de demanda por parte do setor será realizada a separação do pedido, a qual deve seguir um fluxo otimizado de separação com o registro dos produtos dispensados via código de barras. Para aprimorar a segurança do processo de distribuição, os princípios de rastreabilidade intra-hospitalar serão seguidos, com o objetivo de monitorar o recebimento, distribuição, dispensação e administração dos materiais médicos hospitalar e medicamentos, mantendo-se o controle sobre lote e validade nesses processos com a identificação completa na embalagem primária, e se possível com medicamento identificado via de código de barras.

O recebimento dos bens de consumo, bens patrimoniais, inclusive os medicamentos ou serviços serão realizados pela Supervisão de Operações com apoio do Serviço de Manutenção, e se de outra forma não for determinada, que ficarão responsáveis pela conferência dos mesmos com as especificações contidas na Ordem de Compra ou Contrato, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

3.4.5 APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALAR

A Comissão de Padronização de Medicamento, Materiais e Insumos médicos hospitalares do HECAD será a responsável por selecionar os medicamentos e materiais e insumos que farão parte do portfólio terapêutico e assistencial por meio de um processo avaliativo, dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso necessário, adotando critérios de eficácia, eficiência, segurança, qualidade e custo para utilização racional na Unidade de Saúde.

O processo de padronização terá por finalidade os seguintes objetivos:

- Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo básico, conforme a Denominação Comum Brasileira (DCB);
- Priorizar a padronização de medicamentos com um único princípio ativo, excluindo sempre que possível às associações fixas;
- Padronizar, exclusivamente, medicamentos de eficácia terapêutica comprovada, sob o ponto de vista clínico, biofarmacocinético e químico, como critério fundamental de escolha;
- Padronizar formas farmacêuticas, apresentações e dosagens considerando comodidade para administrar aos pacientes, faixa etária e facilidade para cálculo da dose a ser administrada;
- Padronizar insumos, medicamentos e materiais médico-hospitalares, levando-se em conta o menor custo de aquisição, armazenamento, dispensação, controle e custo do tratamento, resguardando a qualidade;
- Definir fornecedores críticos para realização de visita técnica, bem como a sua periodicidade;
- Otimizar a eficiência administrativa e a eficácia terapêutica;
- Racionalizar o uso de medicamentos;
- Equilíbrio entre a demanda e os recursos, diminuindo o número de produtos em estoque;
- Controle de estoque e melhores resultados de consumo;
- Otimização de espaços destinado ao armazenamento e recursos humanos;
- Mitigar o risco de falta de insumos;
- Contribuir com a sustentabilidade financeira do HECAD de acordo com a curva ABC, sob os itens padronizados;

Etapas do fluxo da padronização e despadronização ou substituição de medicamentos, materiais e insumos médicos hospitalares para o HECAD

- Preencher todos os campos do instrumento padrão para solicitação de inclusão e anexar as evidências bibliográficas;
- Após preenchido o documento deverá ser encaminhado para o Serviço de Farmácia, e se necessários, convocará o responsável pela solicitação para mais esclarecimentos;

- A análise da solicitação deverá ser transparente e baseada em evidências, com metodologia explícita para uniformização de critérios a nível institucional;
- O documento deverá retornar à farmácia para divulgação do parecer aos interessados e programação de compra em caso de padronização;
- Após a apresentação e leitura do parecer, o parecerista submete a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem;
- Caso o pedido de inclusão seja aprovado pela Comissão, segue para avaliação da Diretoria Técnica para aprovação;

Serão considerados os seguintes critérios para a inclusão de medicamentos, materiais e insumos médicos hospitalares para o HECAD

- Registro no país em conformidade com as legislações sanitárias;
- Necessidade segundo aspectos clínicos e epidemiológicos;
- Valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica em seres humanos, destacando segurança, eficácia e efetividade;
- Composição com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, associações em doses fixas;
- O princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, Denominação Comum Internacional (DCI);
- Informações suficientes quanto as características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas;
- Preço de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- Menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardando segurança, eficácia, efetividade e qualidade de vida;
- Concentração, forma farmacêutica, esquema posológico e apresentação, considerando a comodidade para a ministração aos pacientes, faixa etária, facilidade para cálculo de dose a ser ministrada e de fracionamento ou multiplicação de doses, bem como perfil de estabilidade mais adequado as condições de armazenamento e uso.

Serão considerados os seguintes critérios para exclusão de medicamentos, materiais e insumos médicos hospitalares para o HECAD Medicamentos com eficácia e efetividade similares, para evitar duplicação;

- Fármacos de descoberta recente e insuficiente experiência clínica;

- Medicamentos fora do perfil epidemiológico da instituição, com baixo consumo;
- Medicamento com alta incidência de efeitos colaterais;
- Fármacos com benefício desconhecido, sem medida de desfechos de relevância clínica em ensaios clínicos confiáveis.

A análise das referências seguirá a hierarquia do conhecimento científico

- Revisão Sistemática ou Metanálise > Estudo experimental > Estudo quase experimental > Estudo caso controle > Estudo de Coorte > Estudo Transversal > Estudo ecológico > Série de casos > Relato de caso individual

Em situações que houver a padronização de material/medicamento considerados “Restritos”, será mantido com estoque mínimo pela Farmácia e será liberado conforme protocolo de uso aprovado pela CPME.

Em situações de materiais/medicamentos com critérios restritos, com potencial de grave risco, serão utilizados somente em situações definidas e/ou de elevado custo.

O protocolo de uso deverá informar: a condição de uso; os critérios de restrição; a posologia recomendada; o tempo de tratamento indicado; responsável pela liberação do uso.

Quando, em caráter eventual, a unidade necessitar de algum material/medicamento não padronizado, deverá ser solicitado via relatório com justificativa da necessidade e impossibilidade de substituí-lo por outro já padronizado, o pedido deverá ser assinado pelo solicitante e pelo Diretor Técnico e posteriormente entregue para a equipe da Farmácia.

Padronização de medicamentos

Segue lista de medicamentos padronizados para o HECAD:

Tabela 70 - Lista de medicamentos padronizados para o HECAD.

Lista de Medicamentos Padronizados para o Hospital de Aparecida de Goiânia - HECAD

Atuação: Aparelho Digestivo, Metabolismo e Nutrientes	
Antiácidos e antiulcerosos	
Princípio ativo	Apresentação
Omeprazol	Comprimido 20 mg
	Solução Injetável 40 mg/ frasco
Ranitidina	Comprimido 150 mg
	Solução Injetável 50 mg ampola 2 ml
	Suspensão Oral 50 mg/ 10ml/ 120ml
Antiespasmódicos Gastrointestinais e Anticolinérgicos	
Princípio ativo	Apresentação
Atropina	Solução Injetável 0,25 mg ampola 1 ml
Hioscina + Dipirona	Solução Injetável ampola 5 ml
Hioscina	Comprimido 10 mg
	Solução Injetável 20 mg
Simeticona	Emulsão 75 mg/ml gotas
Antieméticos e Antinauseantes	
Princípio ativo	Apresentação
Bromoprida	Comprimido 10 mg
	Solução Injetável 10 mg ampola 2 ml
	Gotas 4 mg/ml frasco/ 20 ml
Dimenidrinato + Piridoxina + Glicose + Frutose	Solução Injetável/ ampola 10 ml
Domperidona	Suspensão Oral 1 mg/ml 100ml
Metoclopramida	Solução Injetável 10 mg
Ondasetrona	Solução Injetável 4mg 2ml ampola
Laxantes	
Princípio ativo	Apresentação
Glicerina	Solução Clister frasco 500 ml/ solução retal
	Supositório adulto/ infantil
Bisacodil	Comprimido 5 mg
Sorbitol + Laurilsulfato de sódio	Bisnaga 6,5 g
Lactulose	Xarope 500 mg/ ml frasco 120 ml
Oleo mineral puro 100%	Solução Oral 100 ml

Antidiarreicos e Absorventes	
Princípio ativo	Apresentação
Loperamida	Comprimido 2 mg
Racecadotril	Sachê 30 mg
Antidiabético	
Princípio ativo	Apresentação
Acetato de desmopressina	Spray nasal 25 doses
Glibenclamida	Comprimido 5 mg
Glimepirida	Comprimido 2 mg
Insulina humana	Solução Injetável 100U/ml NPH frasco 10 ml
	Solução Injetável 100U/ml regular frasco 10 ml
Metformina	Comprimido 500 mg
Vasopressina	Solução Injetável 20U/ ml
Hipocolesterolemizante	
Princípio ativo	Apresentação
Sinvastatina	Comprimido 20 mg
Enterocinéticos	
Princípio ativo	Apresentação
Prucaloprida	Comprimido 2 mg
Vitamina e Suplemento Mineral	
Princípio ativo	Apresentação
Multivitaminas	Solução Injetável ampola 10 ml
Vitamina B1 + B6 + B12	Solução Injetável 5000 mcg
Vitamina C	Comprimido 500 mg
Oligoelementos	Solução Injetável ampola 2 ml
Vitaminas do complexo B	Comprimido
Vitamina B 12	Solução Injetável 5000 mcg ampola
Reposição Hidroeletrolítica Oral	
Princípio ativo	Apresentação

Cloreto de Potássio	Comprimido 600 mg
	Solução Oral 60 mg/ml frasco 100 ml
Sais para reidratação oral	Sachê 27,9 g
Reposição Hidroeletrolítica Parenteral	
Princípio ativo	Apresentação
Água Bidestilada	Solução Injetável ampola 10 ml
	Solução Injetável bolsa 1000 ml
	Solução Injetável bolsa 500 ml
	Solução Injetável bolsa 250 ml
Bicarbonato de Sódio	Solução Injetável 8,4% ampola 10 ml
	Solução Injetável 8,4% frasco 250 ml
Cloreto de Potássio	Solução Injetável 10% ampola 10 ml
Cloreto de Potássio	Solução Injetável 0,9% ampola 10 ml
	Solução Injetável 20% ampola 10 ml
	Solução Injetável 0,9% bolsa 100 ml
	Solução Injetável 0,9% bolsa 250 ml
	Solução Injetável 0,9% bolsa 500 ml
	Solução Injetável 0,9% bolsa 1000 ml
Glicose	Solução Injetável 10% bolsa 500 ml
	Solução Injetável 5% frasco 500 ml
	Solução Injetável 5% bolsa 100 ml
	Solução Injetável 5% bolsa 1000ml
	Solução Injetável 25% ampola 10 ml
	Solução Injetável 50% ampola 10 ml
	Solução Injetável 5% bolsa 250 ml
Gluconato de Cálcio	Solução Injetável 10% ampola 10 ml
Ringer com Lactato	Solução Injetável bolsa 500 ml
Ringer Simples	Solução Injetável bolsa 500 ml
Sulfato de Magnésio	Solução Injetável 50% ampola 10 ml
Atuação: Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	
Antiamêmicos	
Princípio ativo	Apresentação
Ácido Fólico	Comprimido 5 mg
Sulfato Ferroso	Drágea

Antihemorrágicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Ácido Tranexânico	Solução Injetável 250mg/ml ampola 5ml
Subgalato de bismudo	Pó envelope 5g
Vitamina K 1	Solução Injetável 10 mg/ ampola
Derivados do Sangue e Expansores plasmáticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Albumina humana	Solução Injetável 20% frasco 50 ml
Hidroxietilamido	Solução Injetável 6g/100 ml bolsa 500 ml
Anticoagulantes	
Princípio Ativo	Apresentação
Clopidogrel	Comprimido 75 mg
Heparina de baixo peso molecular	Solução Injetável 20 mg ou 2500 UI
	Solução Injetável 40 mg ou 5000 UI
Heparina	Pomada tubo com 50 g
	Solução Injetável 5.000 UI ampola 0,25 ml
	Solução Injetável 5.000 UI/ml frasco com 5 ml
Varfarina	Comprimido 2,5 mg
Rivaroxabana I	Comprimido 10 mg
Atuação: Aparelho Cardiovascular	
Glicosídeos Cardíacos	
Princípio Ativo	Apresentação
Deslanosídeo	Solução Injetável 0,4 mg ampola
Digoxina	Comprimido 0,25 mg
Antiarrítmicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Adenosina	Solução Injetável 6 mg ampola
Amiodarona	Comprimido 200 mg
	Solução Injetável 150 mg ampola

Antianginosos e Vasodilatadores	
Princípio Ativo	Apresentação
Cinarizina	Comprimido 75 mg
Cilostazol	Comprimido 100 mg
Dinitrato de Isossorbida	Comprimido Sublingual 5 mg
Nimodipina	Comprimido 30 mg
Propatilnitrato	Comprimido 10 mg
Terapia Varicosa e Arterial	
Princípio Ativo	Apresentação
Troxerrutina + Cumarina	Comprimido 90 mg + 15 mg
Vasoconstritores e Hipertensores	
Princípio Ativo	Apresentação
Dobutamina	Solução Injetável 250 mg/ ampola 20 ml
Dopamina	Solução Injetável 5 mg/ml ampola 10 ml
Epinefrina	Solução Injetável Milesimal/ ampola 1 ml
Norepinefrina	Solução Injetável 1 mg/ ml ampola 4 ml
Sulfato de Efedrina	Solução Injetável 50 mg/ ampola 1 ml
Agentes Betabloqueadores	
Princípio Ativo	Apresentação
Atenolol	Comprimido 25 mg
	Comprimido 50 mg
Carvedilol	Comprimido 6,25 mg
Metoprolol	Comprimido 100 mg
	Solução Injetável 5 mg/ ampola 5ml
Propranolol	Comprimido 40 mg
Antihipertensivos	
Princípio Ativo	Apresentação
Anlodipina	Comprimido 5 mg
Captopril	Comprimido 25 mg
Enalapril	Comprimido 10 mg
Losartan	Comprimido 50 mg
Hidralazina	Comprimido 50 mg

Metildopa	Comprimido 500 mg
Nifedipina	Comprimido de liberação lenta/ 20 mg
Nitroglicerina	Solução Injetável 50 mg/ ampola
Nitropruidato de Sódio	Solução Injetável 50 mg/ frasco
Diuréticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Acetazolamida	Comprimido 250 mg
Espironolactona	Comprimido 100 mg
Clortalidona	Comprimido 25 mg
Furosemida	Solução Injetável 20 mg/ ampola 2 ml
	Comprimido 40 mg
Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg
Manitol	Solução Injetável 20%/ frasco 250 ml
Atuação: Oftalmológicos, Otológicos e Dermatológicos	
Oftalmológicos tópicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Aminoácidos + Cloranf + Metionina + Retinol	Solução Oftalmológica tubo 3,5 g
Otológicos Tópicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Nitrofurazona + Polimixina + Neomicina + Fludrocortisona + Lidocaína	Solução Tópica 8 ml/ frasco
Atuação: Protetores da Pele, Mucosa e Cicatrizantes	
Princípio Ativo	Apresentação
Ácidos Graxos Essenciais com Vitamina A e E	Solução oleosa contendo Ácido Caprílico, Ácido Linoleico, Lecitina de Soja, Vitamina A e E/ frasco 200 ml com válvula pump
Colagenase	Pomada/ tubo 15 ou 30 g
Alginato de cálcio e sódio	Pomada/ tubo 85 g
Terapêutica específica das afecções dermatológicas	

Princípio Ativo	Apresentação
Benzoato de benzila	Emulsão a 25% frasco
Terapêutica inespecífica do derma	
Princípio Ativo	Apresentação
Dexametasona	Creme a 0,1%/ creme a 0,1% tubo 10 g
Antissépticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Álcool etílico	Solução a 70%/ frasco 1000 ml
Clorexidina	Solução Degermante 2%/ frasco 1000 ml
	Solução Degermante 2%/ frasco 30 ml
	Solução Aquosa 0,2%/ frasco 1000 ml
	Solução Alcoólica a 0,5%/ frasco 1000 ml
Água oxigenada	Solução 10 volumes/ frasco 1000 ml
Atuação: Aparelho Genitourinário e Homônios Sexuais	
Anti-infecciosos Ginecológicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Metronizado	Creme Vaginal/ tubo 50 g
Nistatina	Creme Vaginal/ tubo 60 g
Nistatina + Óxido de Zinco	Pomada 45 g
Antiespasmódicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Cloridrato de Oxibutinina	Comprimido 5 mg
Solifenacina	Comprimido 10 mg
Quimioterápicos Urinários	
Princípio Ativo	Apresentação
Nitrofurantoina	Comprimido 100 mg
	Suspensão 5 mg/ ml
Vasodilatadores	
Princípio Ativo	Apresentação
Mesilato de Doxazosina	Comprimido 2 mg

Atuação: Homônio e Metabolismo	
Antireoideanos e Tiroideanos	
Princípio Ativo	Apresentação
Levotirozina	Comprimido 25 mcg
Metimazol	Comprimido 10 mcg
Corticosteróide	
Princípio Ativo	Apresentação
Dexametasona	Comprimido 5 mg
	Comprimido 4 mg
	Solução Injetável 2 mg/ ampola 1 ml
	Solução Injetável 4 mg ml/ frasco ampola 2,5 ml
Succinato Sódio de Hidrocortisona	Solução Injetável 100 mg/ frasco ampola
	Solução Injetável 500 mg/ frasco ampola
Succinato Sódio de Metilprednisolona	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Prednisona	Comprimido 5 mg
	Comprimido 20 mg
Atuação: Quimioterápicos	
Terapia das Parasitoses Gastrointestinais	
Princípio Ativo	Apresentação
Albendazol	Comprimido 400 mg
	Suspensão Oral 400 mg/ frasco 10 ml
Metronidazol	Comprimido 250 mg
	Suspensão Oral 40 mg/ ml frasco 100 ml
Antifúngicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Anfotericina B	Solução Injetável 50 mg/ frasco
Cetoconazol	Comprimido 200 mg
	Creme tubo 30 g
Fluconazol	Comprimido 150 mg

	Solução Injetável 200 mg/ bolsa
Nistatina	Suspensão Oral frasco 50 ml
Sulfas	
Princípio Ativo	Apresentação
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Comprimido 400 + 80 mg
	Solução Injetável 400 + 80 mg/ ampola 5 ml
	Suspensão Oral frasco 100 ml
Antibióticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Amicacina	Solução Injetável 100 mg/ ampola
	Solução Injetável 500 mg/ ampola
Amoxicilina + Ácido Clavulânico	Solução Injetável 1g/ frasco
	Comprimido 500 mg
	Suspensão Oral 250 mg/ 5ml frasco 75 ml
Ampicilina + Sulbactam	Solução Injetável 3g/ frasco
Ampicilina	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Cefalexina	Cápsulas 500 mg
Cefalotina	Solução Injetável 1g/ frasco
Cefazolina	Solução Injetável 1g/ frasco
Cefepime	Solução Injetável 1g/ frasco
Ceftriaxona	Solução Injetável 1g/ frasco
Ciprofloxacina	Comprimido 500 mg
	Solução Injetável 200 mg/ bolsa
	Solução Oftalmológica 0,3%/ frasco 5 ml
Claritromicina	Comprimido 500 mg
Clindamicina	Solução Injetável 60 mg
Cloridrato de Doxiciclina	Comprimido 100 mg
Ertapenem	Solução Injetável 1 g/ frasco
Gentamicina	Solução Injetável 80 mg/ ampola
Imipenem + Cilastatina	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Levofloxacina	Comprimido 500 mg
	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Linezolida	Solução Injetável 600 mg/ bolsa
Meropenem	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Metronidazol	Solução Injetável 500 mg/ 100 ml/ bolsa

Moxifloxacino	Solução Injetável 400 mg/ bolsa
Mupirocina	Creme 2% 15 g/ tubo
Norfloxacina	Comprimido 400 mg
Oxacilina	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Piperacilina + Tazobactam	Solução Injetável 4,5 g/ frasco
Polimixina B	Solução Injetável 5000 UI/ frasco
Rifampicina	Comprimido 300 mg
Teicoplanina	Solução Injetável 200 mg/ frasco
Tigeciclina	Solução Injetável 50 mg/ frasco
Vancomicina	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Antivirais	
Princípio Ativo	Apresentação
Aciclovir	Comprimido 200 mg
	Solução Injetável 250 mg/ frasco
	Pomada 10 g
Atuação: Imunoterapia e Alergia	
Antihistamínicos e Antialérgicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Cloridrato de Fexofenadina	Comprimido 180 mg
Dexclorfeniramina	Comprimido 2 mg
	Solução Oral 2mg/ 5ml/ frasco 120 ml
Prometazina	Drágeas 25 mg
	Solução Injetável 50 mg/ ampola
Atuação: Sistema Nervoso	
Anestésicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Propofol	Solução Injetável 200 mg/ ampola 20 ml
Cetamina - S	Solução Injetável 10 ml/ frasco
Anestésicos Inalantes	
Princípio Ativo	Apresentação
Sevoflurano	Frasco 250 ml

Anestésicos Locais	
Princípio Ativo	Apresentação
Bupivacaína	Solução Injetável 0,5% sem Vasoconstrutor/ frasco 20 ml
	Solução Injetável 0,5% ampola 4 ml isobárica
	Solução Injetável 0,5 % ampola 4ml hiperbárica
Levobupivacaína	Solução Injetável 0,5 % com Vasoconstritor/ frasco 20 ml
Lidocaína	Solução Injetável 2% ampola 5 ml sem Vasoconstrutor
	Solução Injetável 2% ampola 20 ml sem Vasoconstrutor
	Solução Injetável 2% ampola 20 ml com Vasoconstrutor
	Gel 2 % bisnaga 30 g
	Spray 10% 50 ml/ frasco
Analgésicos Narcóticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Cloridrato de Tramadol	Solução Injetável 100 mg/ ampola 2 ml
	Comprimido 50 mg
Fentanil	Solução Injetável 5 ml/ ampola
	Solução Injetável 10 ml/ ampola
Morfina	Solução Injetável 0,2 mg/ ampola
	Solução Injetável 2mg/ ampola 2ml sem conservantes
	Solução Injetável 10 mg/ ampola
Codina	Comprimido 30 mg
Petidina	Solução Injetável 100 mg/ ampola 2 ml
Remifentanil	Solução Injetável 2 mg/ ampola
Sufentanila	Solução Injetável 50 mcg/ ampola 1 ml
Analgésicos não Narcóticos - Antipiréticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Ácido Acetilsalicílico	Comprimido 100 mg
Clonidina	Solução Injetável 150 mcg/ ampola 1 ml
Dipirona	Solução Injetável 500 mg/ ampola 2ml

	Solução Oral 500 mg/ frasco 10 ml
	Comprimido 500 mg
Paracetamol	Comprimido 750 mg
	Solução Oral 200 mg/ frasco 15 ml
Antiparkinsoniano	
Princípio Ativo	Apresentação
Cloridrato de Amantadina	Comprimido 100 mg
Levodopa + Benserazida	Comprimido 200 + 50 mg
Estimulante do Sistema Nervoso Central	
Princípio Ativo	Apresentação
Metilfenidato	Comprimido 10 mg
Miorrelaxantes	
Princípio Ativo	Apresentação
Dipirona + Orfenadrina	Comprimido 300 mg + 35 mg
Tizanidina	Comprimido 2 mg
Anticonvulsivantes	
Princípio Ativo	Apresentação
Carbamazepina	Comprimido 200 mg
Clonazepam	Comprimido 2 mg
	Comprimido 0,5 mg
	Solução Oral gotas 2,5 mg/ frasco 20 ml
Gabapentina	Cápsulas 300 mg
Fenitoína	Comprimido 100 mg
	Solução Injetável 250 mg/ frasco 5 ml
Fenobarbital	Comprimido 100 mg
	Solução Injetável 200 mg/ frasco 2 ml
	Solução Oral gotas/ frasco 20 ml
Ácido Valproico	Drágea 500 mg
	Xarope 250 mg/ frasco 100 ml
Neurolépticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Clopromazina	Comprimido 100 mg

	Solução Injetável 25mg/ ampola
	Solução Oral 4% frasco 20 ml
Haloperidol	Comprimido 5 mg
	Solução Injetável 5 mg/ ampola
Risperidona	Comprimido 2 mg
Ansiolíticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Clobazam	Comprimido 20 mg
Diazepam	Comprimido 5 mg
	Comprimido 10 mg
	Solução Injetável 10 mg/ ampola 2 ml
Antidepressivo	
Princípio Ativo	Apresentação
Cloridrato de Amitriptilina	Comprimido 25 mg
Cloridrato de Fluoxetina	Comprimido 20 mg
Cloridrato de Paroxetina	Comprimido 10 mg
Hipnóticos e Sedativos	
Princípio Ativo	Apresentação
Modazolam	Solução Injetável 5 mg/ ampola 5 ml
	Solução Injetável 15 mg/ ampola 3 ml
	Solução Injetável 50 mg/ ampola 10 ml
Zolpidem	Comprimido 10 mg
Dexmedetomidina	Solução Injetável 100 mfg/ ampola 2 ml
Atuação: Aparelho Respiratório	
Preparação com Ação Nasal	
Princípio Ativo	Apresentação
Cloreto de Sódio	Solução Nasal 0,9%/ frasco 20 ml
Cloridrato de Nafazolina	Solução Nasal Adulto/ frasco 30 ml
Cloridrato de Oximetazolina	Solução Nasal Infantil/ frasco 30 ml
Broncodilatadores	
Princípio Ativo	Apresentação

Aminofilina	Comprimido 100 mg
	Solução Injetável 240 mg/ ampola 10 ml
Brometo de Ipratrópio	Solução para Inalação 0,25 mg/ frasco 20 ml
Fenoterol	Solução para Inalação 5 mg/ frasco 20 ml
Salbutamol	Spray 100 mcg/ frasco 200 doses
Expectorantes Fluidificantes	
Princípio Ativo	Apresentação
Acetilcisteína	Granulado 200 mg/ envelope 5 g
Antiasmáticos	
Princípio Ativo	Apresentação
Terbutalina	Solução Injetável 0,5 mg/ ampola 1 ml
Atuação: Sistema Músculo Esquelético	
Antiinflamatórios/ Antireumáticos/ Antiuricêmicos	
Princípio Ativo	Apresentação
Alopurinol	Comprimido 100 mg
	Comprimido 300 mg
Betametasona	Solução Injetável 7mg/ ampola 1 ml
Ibuprofeno	Comprimido 600 mg
Indometacina	Cápsula 25 mg
Nimesulida	Comprimido 100 mg
	Solução gotas 50 mg/ frasco 15 ml
Tenoxicam	Solução Injetável 20mg/ ampola
	Comprimido 20 mg
Bloqueadores Neuromusculares	
Princípio Ativo	Apresentação
Atracurio	Solução Injetável 25 mg/ ampola 2,5 ml
Pancurônio	Solução Injetável 4 mg/ ampola 2 ml
Rocurônio	Solução Injetável ampola 5 ml
Suxametônio	Solução Injetável 100 mg/ frasco
	Solução Injetável 500 mg/ frasco
Colinérgicos	

Princípio Ativo	Apresentação
Neostigmina	Solução Injetável 0,5 mg/ ampola
Recalcificantes	
Princípio Ativo	Apresentação
Carbonato de cálcio	Comprimido 500 mg
Relaxantes Musculares	
Princípio Ativo	Apresentação
Baclofeno	Comprimido 10 mg
Ciclobenzaprina	Comprimido 5 mg
Atuação: Agentes Diagnósticos	
Auxiliares de Diagnósticos Diversos	
Princípio Ativo	Apresentação
Gel para contato ECG/ EEG	Pote com 500 g
Gel para ECG com alta condutividade Hidrossolúvel	Frasco
Gel para Ultrassom	Galão 5 kg
Gel para Ultrassom	Pote 500 g
Gel Lubrificante K - Y	Tubo 50 g
Pasta de Bentonita para ECG	Galão 6 kg
Pasta Gel - Escarnificação	Tubo 114 g
Solução de iodo iodetado	Solução Aquosa 5%/ frasco 100 ml
Contraste Radiológico	
Princípio Ativo	Apresentação
Contraste Gadolínico (Paramagnético do tipo Monômero)	Solução Injetável 10 ml/ frasco
Contraste não Iônico Iodado	Solução Injetável 320 mg/ frasco 500 ml e 100 ml
Outros Medicamentos e Produtos Farmacêuticos	
Antídotos e Medicamentos usados em Intoxicação	
Princípio Ativo	Apresentação
Flumazenil L	Solução Injetável 0,5/ ampola 5 ml

Naloxona	Solução Injetável 0,4 mg / ampola 1 ml
Atuação: Vasculares	
Venotômicos/ Vasculoprotetores	
Princípio Ativo	Apresentação
Diosmina + Hesperidina	Comprimido 450 mg + 50 mg Micronizado
Medicamentos Excepcionais	
Agente Neurolítico	
Fenol 5%/ 6%	Solução Aquosa Injetável/ Ampola 5 ml/ Ampola 10 ml
Medicamentos de Alto Custo	
Imunoglobulina Humana	Solução Injetável 5g/ frasco

Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Padronização de materiais médico hospitalares

Segue lista de materiais padronizados para o HECAD:

Tabela 71 - Lista de materiais padronizados para o HECAD.

Lista de Materiais e Insumos médicos hospitalares padronizados para o Hospital de Aparecida de Goiânia - HECAD	
Material	Apresentação
Abaixador língua espátula de madeira	pacote
Absorvente feminino em abas	pacote
Agulha de punção de fistula arteriovenosa 16g	unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 13 x 4.5	estéril - unidade

Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 20 x 5.5	estéril - unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 7.0	estéril - unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 25 x 8.0	estéril - unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 30 x 8.0	estéril - unidade
Agulha descartável hipodérmica. Tamanho 40 x 12.0	estéril - unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 17g x 3.1/2 polegadas	estéril - unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 18g x 3.1/2 polegadas	estéril - unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 22g x 3.1/2 polegadas	estéril - unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 25 g. 3.1/2 polegadas	estéril - unidade
Agulha para anestesia raquidiana. 27g x 3.1/2 polegadas	estéril - unidade
Algodão hidrófilo rolo com 500 gramas	unidade
Algodão hidrófilo em bolas	pacote com 100 gramas
Almotolia em plástico rígido âmbar. 500 ml bico reto longo	unidade
Aparelho de tricotomia descartável	unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 10cm x 1.0m	unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 12cm x 1.0m	unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 15cm x 1.0m	unidade
Atadura tipo algodão ortopédico. 20cm x 1.0m	unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 06cm x 4.5m	unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 08cm x 4.5m	unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 10cm x 4.5m	unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 12cm x 4.5m	unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 15cm x 4.5m	unidade
Atadura tipo crepom. Medindo 20cm x 4.5m	unidade

Atadura tipo gessada rápida. Medindo 10cm x 3m	unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 12cm x 3m	unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 15cm x 3m	unidade
Atadura tipo gessada rápida. Medindo 20cm x 3m	unidade
Avental descartável em não tecido	unidade
Bolsa de colostomia adulto peça única drenável	unidade
Bolsa de colostomia descartável 30mm	unidade
Bolsa de colostomia descartável 50mm	unidade
Bolsa de colostomia infantil peça única drenável	unidade
Bolsa de colostomia para neonatologia	unidade
Cadarço sarjado achatado branco 12mm x 10m	unidade
Cal sodada em grânulos alta capacidade de absorção de co2	unidade
Caneta eletrocirúrgica descartável	unidade
Cânula de guedel N° 4	unidade
Cânula de guedel. N°	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 00	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 01	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 02	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 03	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 04	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 05	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 06	unidade
Cânula de traqueostomia metálica. N° 07	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 2.0	unidade

Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 2.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 3.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 3.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 4.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 4.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 5.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 5.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 6.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 6.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 7.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 7.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 8.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 8.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável com cuff n° 9.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 3.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 3.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 4.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 4.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 5.0	unidade
unidade Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 5.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 6.0	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 6.5	unidade
Cânula de traqueostomia descartável sem cuff n° 7.0	unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff n° 7.	unidade

Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.0	unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 8.5	unidade
Cânula de traqueostomia. Descartável sem cuff nº 9.0	unidade
Cânula p/ aspiração de medula óssea c/ empunhadura ergonômica	unidade
Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semiautomático, tamanho 16g x 150mm	unidade
Cânula para biópsia de tecidos moles, de guilhotina, com disparo semiautomático, tamanho 18g x 200mm	unidade
Capa descartável para proteção de equipamento de laparoscopia	unidade
Capa para colchão ante escaras tipo caixa de ovo	unidade
Carga para grampeador linear cortante tic 75mm	unidade
Cateter curto periférico nº 14	unidade
Cateter curto periférico nº 16	unidade
Cateter curto periférico nº 18	unidade
Cateter curto periférico nº 20	unidade
Cateter curto periférico nº 22	unidade
Cateter curto periférico nº 24	unidade
Cateter duplo lúmen para hemodiálise curvo 11,5fr x 15cm	unidade
Cateter duplo lúmen para hemodiálise curvo 11,5fr x 20cm	unidade
Cateter duplo lúmen para hemodiálise reto 11,5fr x 15cm	unidade
Cateter duplo lúmen para hemodiálise reto 11,5fr x 20cm	unidade
Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 30cm	unidade
Cateter para diálise peritoneal com 1 cuff 42cm	unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 09fr x 31cm	unidade

Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 12fr x 37cm	unidade
Cateter para diálise peritoneal com 2 cuffs 42cm	unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 4.0	unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 5.0	unidade
Cateter para embolectomia arterial com cuff nº 7.0	unidade
Cateter para oxigênio tipo óculos, adulto	unidade
Cateter para oxigênio tipo óculos, neonatal	unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 16	unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 19	unidade
Cateter para punção venosa central. Nº 22	unidade
Cateter triplo lúmen, para hemodiálise curvo 12fr x 20 cm	unidade
Cateter triplo lúmen, para hemodiálise reto 12fr x 20 cm	unidade
Cateter umbilical número 3.5	unidade
Cera para osso - envelope com 2.5 gramas	unidade
Clamp para bolsa de colostomia descartável plástico	unidade
Clamp umbilical tipo pinça tamanho único	unidade
Colar cervical Philadelphia tamanho g	unidade
Colar cervical Philadelphia tamanho m	unidade
Colar cervical Philadelphia tamanho p	unidade
Colchão ante escaras tipo caixa de ovo	unidade
Coletor de material perfuro cortante capacidade 13 litros	unidade
Coletor de material perfuro cortante. Capacidade 7 litros	unidade
Coletor de urina 24h retangular 2000 ml	unidade
Coletor de urina estéril 50 ml	unidade

Coletor de urina infantil unissex	unidade
Coletor de urina não estéril 50 ml	unidade
Coletor de urina para uso em incontinência n° 04	unidade
Coletor de urina para uso em incontinência n° 05	unidade
Coletor de urina para uso em incontinência n° 06	unidade
Coletor de urina sistema aberto com barbante 2000 ml	unidade
Coletor de urina sistema aberto frasco de 1200 ml	unidade
Coletor de urina sistema fechado estéril bolsa de 2000 ml não descartável	unidade
Compressa cirúrgica campo operatório 45cm x 50cm	unidade
Compressa de gaze aberta tipo queijo 91 cm x 91 m	unidade
Compressa de gaze hidrófila esterilizada 7.5cm x 7.5cm	pacote com 10 unidades
compressa de gaze hidrófila não estéril 7.5cm x 7.5cm	pacote com 500 unidades
Curativo de carboximetilcelulose sódica 10cm x 10cm	unidade
Curativo de carboximetilcelulose sódica 15cm x 15cm	unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 10cm x 12cm	unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 6cm x 9cm	unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 7cm x 8.5cm	unidade
Curativo de filme transparente de poliuretano 8.5cm x 10.5cm	unidade
Curativo de hidrocolóide sem borda 10cm x 10cm	unidade
Curativo de hidrocolóide sem borda 20cm x 20cm	unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo F0	unidade

Dialisador de polissulfona de baixo fluxo F5	unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo F6	unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo F7	unidade
Dialisador de polissulfona de baixo fluxo F8	unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell - 1.2 cm	unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.5 cm	unidade
Dispositivo de circuncisão descartável plastibell -1.7cm	unidade
Dosador oral 10 ml com tampa	unidade
Dosador oral 3ml com tampa	unidade
Dosador oral 5ml com tampa	unidade
Dreno de kher nº 10 3.5 mm	unidade
Dreno de kher nº 12 4.0 mm	unidade
Dreno de kher nº 14 4.5 mm	unidade
Dreno de kher nº 16 5.5 mm	unidade
Dreno de kher nº 18 6.0 mm	unidade
Dreno de penrose nº 01	unidade
Dreno de penrose nº 02	unidade
Dreno de penrose nº 03	unidade
Dreno de penrose nº 04	unidade
Dreno de sucção estéril 3.2mm x 1.8 sistema fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp – 500 ml	unidade
Dreno de sucção estéril 4.8mm x 1.16 sistema fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp – 500 ml	unidade
Dreno de sucção estéril 6.4mm x 1.16 sistema fechado de aspiração sanfonado c/ pinça clamp – 500 ml	unidade

Dreno tubular torácico nº 12	unidade
Dreno tubular torácico nº 14	unidade
Dreno tubular torácico nº 16	unidade
Dreno tubular torácico nº 18	unidade
Dreno tubular torácico nº 20	unidade
Dreno tubular torácico nº 22	unidade
Dreno tubular torácico nº 24	unidade
Dreno tubular torácico nº 26	unidade
Dreno tubular torácico nº 28	unidade
Dreno tubular torácico nº 30	unidade
Dreno tubular torácico nº 32	unidade
Dreno tubular torácico nº 34	unidade
Dreno tubular torácico nº 36	unidade
Dreno tubular torácico nº 38	unidade
Dreno tubular torácico nº 40	unidade
Eletrodo de monitor cardíaco adulto	unidade
Eletrodo de monitor cardíaco infantil	unidade
Eletrodo de monitor cardíaco reddot neonatal	unidade
Eletrodo temporário bipolar p/ marca-passo	unidade
Equipo macro gotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão	unidade
Equipo macrogotas com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral para bomba de infusão	unidade
Equipo macrogotas p/ bomba de infusão celm	unidade

Equipo macrogotas para infusão de soluções fotossensíveis com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral	unidade
Equipo microgotas com pinça rolete e injetor em y	unidade
Equipo microgotas câmara graduada de capacidade igual ou acima de 150 ml e injetor lateral	unidade
Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível	unidade
Equipo para medida de pressão venosa central com câmara de gotejamento flexível e injetor lateral	unidade
Equipo para administração de dietas enterais com câmara de gotejamento flexível - infantil	unidade
Equipo para transfusão sanguínea	unidade
Escova dupla face para antissepsia das mãos e antebraços com PVPI	unidade
Esfigmomanômetro adulto	unidade
Esfigmomanômetro infantil	unidade
Eletrodo descartável, pacote com 50 unidades	pacote
Esparadrapo impermeável 10 cm x 4,5m	unidade
Espéculo vaginal descartável estéril tamanho P	unidade
Espéculo vaginal descartável estéril tamanho M	unidade
Estetoscópio tipo duo sonic - adulto	unidade
Estetoscópio tipo duo sonic	unidade
Extensão ST para bomba de seringa 60 cm	unidade
Faixa smarch não estéril tam. 08 cm	unidade
Faixa smarch não estéril tam. 10 cm	unidade

Faixa smarch não estéril tam. 12 cm	unidade
Faixa smarch não estéril tam. 15 cm	unidade
Filtro com barreira total a bactéria e a vírus	unidade
Fio cirúrgico algodão branco (fita) diam. 0 comp. 0,35 x 80cm	unidade
Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 0/0 sem agulha	unidade
fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 3/0 sem agulha	unidade
Fio cirúrgico catgut cromado 1/0 70cm ag.1/2 círc romba 90mm	unidade
Fio cirúrgico algodão torcido azul diam. 2/0 sem agulha	unidade
Fio cirúrgico catgut cromado 1/0 75cm ag.1/2 cirúrgico robusta 40mm	unidade
Fio cirúrgico catgut cromado 2/0 comp. 70cm agulha 1/2 cirúrgica	unidade
Fio cirúrgico catgut cromado 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 cirúrgica	unidade
Fio cirúrgico catgut cromado 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 cirúrgica	unidade
Fio cirúrgico catgut cromado diam. 0 comp. 70 c / agulha 1/2 cirúrgica	unidade
Fio cirúrgico catgut cromado diam. 1 comp. 70 c / agulha 1/2 cirúrgica	unidade
Fio cirúrgico catgut simples 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 cirúrgica	unidade
Fio cirúrgico catgut simples 4/0 comp. 75cm agulha 1/2 cirúrgica	unidade

Fio cirúrgico catgut simples laçado 2/0 comp. 150cm 1/2 cirúrgica	unidade
Fio cirúrgico linho 0/0 comp. 75cm agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico linho 2/0 comp. 70cm agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico linho 3/0 comp. 75cm agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico monosyn incolor 3/0 comp. 70cm agulha 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico monosyn incolor 4/0 comp. 45cm agulha 3/8 triangular	unidade
Fio cirúrgico monosyn incolor 4/0 comp. 70cm agulha 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico monosyn incolor 5/0 comp. 45cm ag. 3/8 triangular	unidade
Fio cirúrgico monosyn incolor 5/0 comp. 70cm agulha 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico nylon monofilamentar preto diam. 10/0 comp. 30 c/ agulha 3/8 cirúrgica espátula 6,2 mm	unidade
Fio cirúrgico nylon preto 0/0 comp. 45cm agulha 3/8	unidade
Fio cirúrgico nylon preto 2/0 comp. 45cm agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico nylon preto 3/0 comp. 45cm agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico nylon preto 4/0 comp. 45cm agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico nylon preto 5/0 comp. 45cm agulha 3/8 cirúrgico	unidade

Fio cirúrgico nylon preto 6/0 comp. 45cm agulha 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico nylon preto 8/0 comp. 30cm agulha 1/4 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico polipropileno azul diam. 10/0 comp. 30cm com 2x agulha reta espátula 16mm	unidade
Fio cirúrgico premicron poliéster verde 5/0 75cm ag.1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico premilene azul 0/0 comp. 75cm agulha 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico premilene azul 2/0 comp. 50 agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico premilene azul 2/0 comp. 75cm 2x ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirúrgico premilene azul 3/0 comp. 75cm 2xag. 1/2	unidade
Fio cirurgico premilene azul 4/0 comp. 75cm 2x ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico premilene azul 5/0 comp. 75cm 2x ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico premilene azul 6/0 comp. 75cm 2x ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico premilene azul 7/0 comp. 60cm 2x agulha 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil quinck incolor 4/0 70cm agulha 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 4/0 agulhas 15mm 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil incolor 4/0 45cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 0 70cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade

Fio cirurgico safil incolor 5/0 45cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 0/0 90cm ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 1 90cm ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 2/0 70cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 3/0 70cm ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 5/0 70cm ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico safil violeta 6/0 45cm ag. 1/4 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico seda preta 0/0 75cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico seda preta 2/0 comp. 70cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 45cm ag. 1/2 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico seda preta 3/0 comp. 75cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico seda preta 4/0 comp. 45cm ag. 3/8 cirúrgico	unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 1/0 comp. 10x75cm sem agulha	unidade
Fio cirurgico seda preta diam. 2/0 comp. 10x75cm sem agulha	unidade
Fio cirurgico synthofil poliéster verde 1/0 75cm ag. 1/2	unidade
Fio cirurgico synthofil poliéster verde 2/0 75cm ag 1/2	unidade
Fio cirurgico vicryl incolor diam. 7/0 comp. 45cm com 2xag 3/8 espátulas 65mm	unidade
Fio de aço diam. 0, c/ ag. 26mm 1/2 cilíndrica	unidade
Fio de aço diam. 2, sem agulha, 3 x 60cm	unidade
Fio de aço diam. 5 ccs (8) fios, c/ ag. 48mm 1/2 triang. 45cm	unidade
Fio monocryl incolor 4/0 comp. 45 cm ag. 3/8 triang. 16mm	unidade

Fio prolene azul 2 comp 50cm ag. 3/8 triangular 75mm	unidade
Fita adesiva hospitalar branca 9mm x 50m	unidade
Fita microporosa 1,2cm x 10m	unidade
Fita microporosa 10cm x 10m	unidade
Fita microporosa 2,5cm x 10m	unidade
Fita microporosa 5cm x 10m	unidade
Fralda descartável adulto tamanho G	unidade
Fralda descartável adulto tamanho M	unidade
Fralda descartável adulto tamanho P	unidade
Fralda descartável infantil tamanho G	unidade
Fralda descartável infantil tamanho M	unidade
Fralda descartável infantil tamanho P	unidade
Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 300 ml	unidade
Frasco p/ dieta enteral transparente, capacidade 500 ml	unidade
Grampeador circular curvo 33mm	unidade
Grampeador linear cortante tic 75mm (c/ carga azul tecido normal)	unidade
Haste flexível em polipropileno com algodão hidrófilo nas extremidades - caixa hemostático absorvível aproximadamente 5,5cm x 7,5cm	unidade
Infusor 2 vias com clamp	unidade
Infusor neo 2 vias com clamp	unidade
Isolador condutor de pressão para hemodiálise	unidade
Kit cateter para nefrostomia em silicone, 5m1 4,0mm, n°12fr - unidade	kit/ unidade
Kit de gastrostomia percutânea 20fr x 3,5cm	kit/ unidade

Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 16g	Kit/ unidade
Kit para anestesia epidural em aço inoxidável. Calibre 18g	kit
Kit para aspiração sistema fechado n° 14	unidade
Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 11	caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 15	caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 20	caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 22	caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 23	caixa
Lâmina de bisturi em aço inoxidável n° 24	caixa
Lanterna clínica em metal	unidade
Linha arterial 8mm com catabolhas para hemodiálise	unidade
Lençol descartável em papel	unidade
Luva cirúrgica estéril n° 6.0	par
Luva cirúrgica estéril n° 6.5	par
Luva cirúrgica estéril n° 7.0	par
Luva cirúrgica estéril n° 7.5	par
Luva cirúrgica estéril n° 8.0	par
Luva cirúrgica estéril n° 8.5	par
Luva de procedimento em plástico	caixa
Luva de procedimento G	caixa
Luva de procedimento M	caixa
Luva de procedimento P	caixa
Luva de vinil transparente P	caixa
Mamadeira plástica c/ adaptador ao seio p/ retirada de leite	unidade

Malha tubular em tecido 08cm x 15m	unidade
Malha tubular em tecido 10cm x 15m	unidade
Malha tubular em tecido 12cm x 15m	unidade
Malha tubular em tecido 15cm x 15m	unidade
Malha tubular em tecido 20cm x 15m	unidade
Manta térmica para o controle de temperatura	unidade
Máscara cirúrgica descartável pct. C/ 100 und	unidade
Máscara descartável específica para isolamento	unidade
Máscara laríngea n° 3	unidade
Máscara laríngea n° 4	unidade
Máscara laríngea n° 5	unidade
Placa para eletrocautério	unidade
Protetor de cateter do tipo luer - lock	unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. G	unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. M	unidade
Protetor ocular para fototerapia tam. P	unidade
Pulseira identificação paciente adulto na cor branca	unidade
Pulseira identificação paciente infantil na cor branca	unidade
Saco para órbita tamanho grande 0.90cm x 2.10m	unidade
Saco para órbita tamanho médio 0.60cm x 1.50m	unidade
Saco para órbita tamanho neo 0.30cm x 0.60cm	unidade
Saco para órbita tamanho pequeno 0.50cm x 1.00m	unidade
Scalp n° 19	unidade
Scalp n° 21	unidade
Scalp n° 23	unidade

Scalp n° 25	unidade
Scalp n° 27	unidade
Seringa descartável 10ml	unidade
Seringa descartável 1ml	unidade
Seringa descartável 20ml	unidade
Seringa descartável 3ml	unidade
Seringa descartável 5ml	unidade
Seringa descartável 60ml	unidade
Serra de giglê em aço inoxidável, 50 cm	unidade
Sistema para drenagem mediastinal de 2000ml	unidade
Sistema para drenagem mediastinal de 500ml	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 06	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 08	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 10	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 12	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 14	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 16	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 18	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 20	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 22	unidade
Sonda folley 2 vias com cuff n° 24	unidade
Sonda folley 3 vias com cuff n° 16	unidade
Sonda folley 3 vias com cuff n° 18	unidade
Sonda folley 3 vias com cuff n° 20	unidade
Sonda folley 3 vias com cuff n° 22	unidade

Sonda folley 3 vias com cuff nº 24	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 02	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 04	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 06	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 08	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 10	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 12	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 14	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 16	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 18	unidade
Sonda nasogástrica longa Nº 20	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 04	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 06	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 07	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 08	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 10	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 12	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 14	unidade
Sonda para aspiração traqueal sem válvula nº 16	unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 08fr	unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 10fr	unidade
Sonda para nutrição enteral com fio guia 12fr	unidade
Sonda uretral nº 02	unidade
Sonda uretral nº 04	unidade
Sonda uretral nº 06	unidade

Sonda uretral n° 08	unidade
Sonda uretral n° 10	unidade
Sonda uretral n° 12	unidade
Sonda uretral n° 14	unidade
Sonda uretral n° 16	unidade
Sonda uretral n° 20	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 180mm	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 12mm x 250mm	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 180mm	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 16mm x 250mm	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 180mm	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 19mm x 250mm	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 180mm	unidade
Tala em alumínio com espuma antialérgica para imobilização 26mm x 250mm	unidade
Tampa para recirculação unidade termômetro clínico analógico	unidade
Termômetro clínico digital	unidade
Termômetro digital com alarme máxima e mínima	caixa

Tira reagente para teste de glicemia caixa com 50 unidades	caixa
Torneira descartável de três vias	unidade
Touca cirúrgica descartável pacote c/ 100 und	pacote
Tubo de silicone nº 204 15 metros	pacote
Tubo endotraqueal sem cuff nº 2.5	unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.0	unidade
Tubo endotraqueal sem cuff nº 4.5	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.0	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 4.5	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.0	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 5.5	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 6.5	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.0	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 7.5	unidade
Tubo endotraqueal aramado com cuff nº 8.0	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.0	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 3.5	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 4.0	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 4.5	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.0	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 5.5	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.0	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 6.5	unidade
Tubo endotraqueal com cuff nº 7.0	unidade

Tubo endotraqueal com cuff n° 7.5	unidade
Tubo endotraqueal com cuff n° 8.0	unidade
Tubo endotraqueal com cuff n° 8.5	unidade
Tubo endotraqueal com cuff n° 9.0	unidade
Tubo endotraqueal duplo lúmen n° 37	unidade
Tubo endotraqueal sem cuff n° 3.0	unidade
Tubo endotraqueal sem cuff n° 3.5	unidade

3.4.6. APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL

- **Serviço de Limpeza**

Para a contratação de prestadora de serviços de limpeza para o HECAD será realizado procedimento público de contratação, o qual contemplará, minimamente as seguintes obrigações:

1) Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:

- a) Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;
- b) Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos.

- c) Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;
- d) Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
- e) Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;
- f) Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (mops, esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas indicadas pela unidade CONTRATANTE, diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;
- g) Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho (NR-32);
- h) Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;
- i) Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área do hospital antes dos procedimentos de limpeza;
- j) Usar luvas, panos descartáveis e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;
- k) Usar técnica de 2 (dois) baldes, sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue; l) Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, registo nos órgãos competentes, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH/ SCIH;

2) Tipos de Limpeza Preconizados:

- a) Limpeza concorrente ou diária: é o processo de limpeza realizado diariamente com a finalidade de remover a sujeira e repor o material de higiene;
- b) Limpeza terminal: é o processo, realizado sempre que necessário, de limpeza e/ou desinfecção de toda a área hospitalar, incluindo todas as superfícies, mobiliários e equipamentos, com a finalidade de remover a sujeira e diminuir a contaminação

ambiental, abastecendo as unidades com material de higiene e a ser realizado sempre que necessário.

c) Limpeza imediata ou descontaminação: Trata-se da limpeza quando é realizada quando ocorre sujidade após a limpeza concorrente em áreas críticas e semicríticas, em qualquer período do dia. Tal sujidade refere-se, principalmente àquelas de origem orgânica, química ou radioativa, com riscos de disseminação de contaminação. Essa limpeza limita-se a remoção imediata dessa sujidade do local onde ela ocorreu e sua adequada dispensação. A técnica utilizada dependerá do tipo de sujidade e de seu risco de contaminação.

d) Limpeza de manutenção: É constituída de alguns requisitos da limpeza concorrente. Limitam-se mais ao piso, banheiros e esvaziamento de lixo, em locais de grande fluxo de pessoal e de procedimentos, sendo realizada nos 3 períodos do dia (manhã, tarde e noite) conforme a necessidade, através de rotina e de vistoria contínua. Exemplo de onde esse tipo de limpeza ocorre com frequência é o pronto socorro ou ambulatório, devido à alta rotatividade de atendimento.

e) Limpeza Terminal: É o procedimento de limpeza e/ou desinfecção, de todas as áreas da Unidade, objetivando a redução da sujidade e, conseqüentemente, da população microbiana, reduzindo a possibilidade de contaminação ambiental. É realizada periodicamente de acordo com a criticidade das áreas (crítica, semicrítica e não crítica), com data, dia da semana e horário pré-estabelecidos em cronograma mensal. Inclui todas as superfícies e mobiliários. Portanto, é realizada em todas as superfícies horizontais e verticais, das áreas críticas, semicríticas, não críticas, infraestrutura e área comum.

3) Métodos e equipamentos de limpeza de superfícies:

a) Limpeza Úmida: consiste na utilização de água como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser por processo manual ou mecânico;

b) Limpeza com Jatos de Vapor de Água: trata de alternativa de inovação tecnológica por meio de limpeza realizada com equipamento com jatos de vapor d'água saturada sob pressão, sendo destinada predominantemente para a Limpeza Terminal. Sua utilização será precedida de avaliação, pelo CONTRATANTE, das vantagens e desvantagens;

c) Limpeza Molhada: consiste na utilização de água abundante, como elemento principal da remoção da sujidade, podendo ser manual ou mecânica, destinada principalmente para a limpeza terminal; d) Limpeza Seca: consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira sem a utilização de água.

Obs.: A limpeza com vassouras é recomendável somente em áreas externas.

4) Técnicas de desinfecção:

a) A desinfecção é o processo aplicado a superfícies inertes, que elimina microorganismos na forma vegetativa, não garantido a eliminação total dos esporos bacterianos. Pode ser realizada por meio de processos químicos ou físicos;

b) Opcionalmente, a critério da CCIH/SCIRAS – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, poderá ser aplicado, sobre a área afetada, desinfetante adequado, retirando-o com pano molhado, após o tempo recomendado.

c) A desinfecção consiste em: retirar o excesso de carga contaminante com papel absorvente, utilizando luvas apropriadas; expurgar o papel em sacos plásticos de lixo; proceder à limpeza da superfície com água e sabão.

5) Produtos utilizados (lista básica)

a) Germicidas: são agentes químicos que inibem ou destroem os microorganismos, podendo ou não destruir esporos. São classificados em: esterilizantes, desinfetantes e antissépticos. Na seleção dos germicidas há necessidade de se considerar: a necessidade de seu uso e a avaliação dos produtos disponíveis no mercado (formulação, ação sobre patógenos, efeitos de alcalinidade ou acidez; incompatibilidade, corrosividade, efeitos tóxicos, susceptibilidade a inativações por matérias orgânicas, efeito cumulativo e/ou residual e custos);

b) Desinfetantes: são agentes químicos capazes de destruir microorganismos na forma vegetativa, podendo destruir parcialmente os esporos, em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto, médio ou baixo;

c) Detergentes de baixo nível (sanificantes): são aqueles destituídos de ação tuberculicida, esporicida e virucida, devendo ter baixa toxicidade;

- d) Detergentes: são substâncias tensoativas, solúveis em água e dotadas de capacidade de emulsificar gorduras e manter resíduos em suspensão. São utilizados para limpeza de artigos e superfícies e para lavagem das mãos;
- e) Hipoclorito de Sódio – atua como desinfetante devido ao cloro ativo. Para a desinfecção de equipamentos e superfícies contaminados com material biológico, utiliza-se soluções de hipoclorito de sódio de 1% de cloro ativo (10.000 ppm) estável. O uso de hipoclorito de sódio não é recomendado em metais e mármore, devido à sua ação corrosiva;
- f) Álcoos – o mais utilizado é o álcool etílico, por possuir maior atividade germicida, menor custo e toxicidade. Para a desinfecção de superfícies, recomenda-se a concentração de 77% volume/volume, que corresponde a 70% em peso/volume. O uso em acrílico, borrachas e tubos plásticos é contraindicado, pois podem danificá-los.

6) Considerações a respeito de produtos de limpeza de superfícies fixas:

6.1 A utilização de produtos, utensílios e equipamentos para a limpeza e desinfecção deve atender às determinações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH/ SCIH, às recomendações dos órgãos públicos de saúde e às especificidades apresentadas pelos fabricantes.

6.2. Na seleção de produtos de limpeza de superfícies deverão ser considerados:

- a) Quanto às superfícies, equipamentos e ambientes;
- b) Natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada;
- c) Tipo e grau de sujidade;
- d) Tipo de contaminação;
- e) Qualidade da água; f) Método de limpeza;
- g) Segurança na manipulação e uso de produtos de limpeza;
- h) Quanto ao tipo de germicida;
- i) Tipo de agente químico e concentração;
- j) Tempo de contato para ação;
- k) Influência da luz, temperatura e pH;

- l) Interação com íons;
- m) Toxicidade;
- n) Inativação ou não em presença de matéria orgânica;
- o) Estabilidade;
- p) Prazo de validade para uso;
- q) Condições para uso seguro;
- r) Necessidade de retirar resíduos do desinfetante, após utilização.

7) Equipamentos de proteção a serem utilizados

- a) Equipamento de Proteção Individual (EPI) – tem por finalidade a proteção do indivíduo durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por óculos, luvas grossas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental, máscara, gorro descartável, capa de chuva, cintos de segurança para janelas, e outros;
- b) Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) – tem por finalidade a proteção coletiva durante a realização de determinadas tarefas, sendo composto por placas sinalizadoras, cones, fitas zebreadas e outros.

8) Obrigações da contratada

A CONTRATADA, além da disponibilização de mão de obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

8.1) Na prestação dos serviços:

- a) A CONTRATADA deverá apresentar relação dos equipamentos e materiais de proteção individual e coletiva (EPIs e EPCs) utilizados por seus funcionários, tais como: bota de borracha, capa de chuva, luvas, avental, máscara, gorro e outros;
- b) A CONTRATADA deverá no início da execução contratual, apresentar os Procedimentos Operacionais Padrão, elaborado por sua área técnica, contemplando o efetivo contratado, para cada unidade da AGIR, para as quais foi a CONTRATADA, definindo a localização dos locais de limpeza, técnicas empregadas, as áreas de atuação, as atribuições dos prestadores de serviço de cada área, a jornada de

trabalho, além de outras informações complementares e necessárias à prestação dos serviços;

c) A CONTRATADA deverá reparar, corrigir, remover, refazer ou substituir às suas expensas, no total ou em parte, os serviços prestados em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da sua execução, caso contrário os mesmos serão glosados, sem que se possa realizar defesa para tal;

d) A CONTRATADA deverá submeter à apreciação da CONTRATANTE o resultado final dos processamentos de limpeza, para avaliação da eficiência e eficácia dos processos utilizados;

e) A empresa CONTRATADA para prestação do serviço deverá emitir mensalmente relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados;

f) A empresa CONTRATADA para prestação do serviço deverá se responsabilizar por quaisquer danos ou prejuízos causados em decorrência dos serviços executados, desde que apurada e comprovada a culpa ou dolo dos seus empregados;

g) A partir da implementação do Procedimento Operacional Padrão de cada unidade do AGIR, conforme definido no item anterior, toda e qualquer alteração somente serão efetuadas por escrito e em comum acordo entre as partes para padronização da rotina;

h) Dar ciência imediata e por escrito ao CONTRATANTE no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;

i) Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha entre outros insumos de forma a garantir o abastecimento contínuo e manutenção de seu funcionamento;

j) Efetuar a reposição da mão de obra, em até 2 (duas) horas, em eventual ausência, não sendo permitida a prorrogação da jornada de trabalho (dobra/ hora extra). A não reposição de funcionários acarretará desconto na fatura mensal;

k) Em hipótese alguma o empregado da empresa CONTRATADA para prestação do serviço poderá comparecer ao serviço sob efeito de medicamentos, álcool ou substâncias entorpecentes;

l) Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento da CONTRATANTE;

m) Fornecer obrigatoriamente os saneantes domissanitários, os materiais e os equipamentos, ferramentas, produtos, utensílios em qualidade e quantidade suficientes e necessários para a perfeita e continua execução dos serviços de limpeza, em conformidade com o disposto nas orientações técnicas da Legislação que rege a matéria e as orientações técnicas de higienização e conservação descritas no decorrer do presente documento;

n) Implantar, de forma adequada, e em conjunto com o gestor do contrato a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;

o) Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

p) Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:

* Sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;

* Os sacos devem ficar contidos em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados, e ser resistente ao tombamento;

* Todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.

q) Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus a CONTRATANTE, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

- r) Substituir os empregados faltosos, bem como os que não se apresentarem devidamente uniformizados e com crachá, observando a qualificação necessária e o horário a ser cumprido;
- s) A CONTRATADA deverá realizar a limpeza e ou desinfecção das áreas hospitalares (pisos, paredes, portas, portais, tetos, luminárias, lustres, janelas, basculantes, para atender as normas de desinfecção vigentes), incluindo equipamentos, aparelhos, mobiliários previstos na proposta, considerando o plano de limpeza/desinfecção, exceto os ambientes da cozinha, refeitório e copas de nutrição;
- t) A CONTRATADA deverá assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus empregados acidentados ou com mal súbito;
- u) Os materiais/produtos empregados na execução do serviço deverão ser de qualidade comprovada e em quantidades suficientes, em severa observância ao cumprimento das normas aplicáveis para a higienização de ambientes hospitalares. Devendo ser substituídos quando as partes identificarem ineficácia dos materiais/produtos utilizados no decorrer do desenvolvimento das atividades de limpeza e a duração do presente contrato;
- v) A CONTRATADA deverá observar os prazos de execução dos serviços previamente estabelecidos. Serão disponibilizados além dos anexos da carta cotação, cronogramas e fluxogramas para orientação dos serviços;
- w) A CONTRATADA deverá se responsabilizar pela adequação dos processos de limpeza utilizada, sempre que comprovadamente se fizer necessário e sem ônus para a CONTRATANTE;
- x) A CONTRATADA deverá apresentar planos de ação/ melhoria, nos prazos informados para atender a manutenção dos processos, reclamações vindas da ouvidoria, auditorias entre outras;
- y) A CONTRATADA deverá apresentar documentos para apreciação, avaliação e aprovação, contendo os itens identificadas abaixo:
- * POP – Procedimento Operacional Padrão para todas as áreas hospitalares: não crítica, críticas e semicrítica.
 - * Programa médico de prevenção, vacinação, orientação, tratamentos etc.;

*Conteúdo programático do programa de desenvolvimento de capacitação profissional;

* Lista de produtos com Ficha Técnica e FISPQ – Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos que serão utilizados;

* Descrição de EPIs – Equipamento de Proteção Individual com C.A – Certificado de aprovação do Ministério do trabalho.

* Manter arquivo de exames admissionais, periódicos, demissionais, mudanças de função e retorno ao trabalho, conforme preconiza a NR 7 e suas atualizações;

* Estabelecer Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, conforme preconiza a NR 9 e suas atualizações;

* entre outros que se fizerem necessários.

z) A CONTRATADA se responsabilizará por informar as “Ocorrências para Manutenção”. Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

* Tomadas e espelhos soltos; Lâmpadas queimadas ou piscando;

• Fios desencapados;

* Saboneteiras e toalheiros quebrados;

* Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;

* Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros, entre outros.

8.2 Dos equipamentos e insumos utilizados:

a) A CONTRATADA deverá adquirir todo o material de consumo de forma contínua para que não haja paralisações dos serviços por falta dos mesmos, e garantir a entrega fracionada devido ao espaço que será disponibilizado;

b) A CONTRATADA deverá apresentar previamente ao Serviço de Patrimônio da Unidade Hospitalar, todos os equipamentos próprios, devidamente identificados, que serão utilizados na execução do objeto contratual, para os registros e controles pertinentes;

c) A CONTRATADA deverá manter panos/mop's, refil de pó e úmido e tapetes de tecido, após o uso, higienizados diariamente em lavanderia externa, sem ônus para a CONTRATANTE, os itens descritos deverão ser higienizados em lavanderia hospitalar

própria ou terceirizada. Destacamos que os tapetes de tecido são fornecidos pela CONTRATANTE;

d) A CONTRATADA necessita informar obrigatoriamente ao setor de Patrimônio da CONTRATANTE, qualquer movimentação de entrada ou saída de equipamentos, de propriedade da CONTRATADA;

e) Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços, em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica, a CONTRATADA deverá apresentar cronograma e evidências de realizações das manutenções preventivas e corretivas de seus equipamentos.

f) No fim do período contratual, a CONTRATADA poderá retirar os equipamentos de sua propriedade fornecidos e/ou instalados para a execução do objeto contratual e deverá devolver a CONTRATANTE os itens que eventualmente lhe forem disponibilizados em condições iguais às que lhe foram entregues;

g) Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta preservação e limpeza dos materiais e integridade física dos profissionais que os manuseiam;

h) Para a utilização de novos equipamentos, ligados à energia elétrica, gás ou vapor, a CONTRATADA deverá consultar previamente a CONTRATANTE, para que seja analisada a capacidade de fornecimento versus demanda disponível;

i) Responsabilizar-se pelas chaves das portas de acesso às áreas físicas utilizadas para execução dos serviços, objeto do contrato, reservado o direito da CONTRATANTE de manter cópias de todas as chaves das instalações colocadas a disposição da CONTRATADA

8.3. Dos resíduos:

a) Armazenar o resíduo devidamente embalado no depósito temporário e final de resíduos indicado pela CONTRATANTE;

b) Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o

cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND – Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia e transporte de pacientes;

c) Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela legislação vigente, devem constar em saco individual a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura a partir de baixo);

d) O procedimento de recolhimento dos resíduos hospitalares deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, e transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas e a legislação vigente;

e) Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final;

f) Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada ao armazenamento;

g) Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme a legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade CONTRATANTE e demais exigências legais, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente; realizando a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais perfurocortantes;

h) Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade, tendo o cuidado de efetuar a correta amarração evitando assim que o resíduo extravase;

i) Utilizar obrigatoriamente paramentação, incluindo bota, luva de borracha, máscara, avental de proteção, quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

j) Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem

emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

k) A instituição poderá disponibilizar o contêiner de coletas de resíduos, contudo a CONTRATADA ficara com a responsabilidade dos reparos necessários desde que os mesmos mantenham sua integridade e aprovados para uso pela CONTRATANTE. A CONTRATADA poderá ainda substituir os recipientes em uso por novos, podendo retirar os mesmos no final do contrato;

l) Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e das áreas reservadas quantas vezes forem necessárias;

m) Utilizar rótulos/adesivos (símbolos e expressões) para identificar os recipientes de acondicionamento, como: lixeiras, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros de normas vigente que trata da matéria, que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos nos novos materiais que serão disponibilizados e substituir os rótulos adesivos que estiverem danificados, sem ônus para a CONTRATANTE;

9. Observar a legislação pertinente ao objeto conforme as referências normativas relacionadas e suas atualizações em especial:

a) ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Higiene, Desinfecção Ambiental e Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde. 3ª ed. São Paulo: APECIH, 2013;

b) BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2010;

c) BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2012;

d) FERNANDES, A. T. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000;

e) Norma Regulamentadora Nº 05-Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

f) Norma Regulamentadora Nº 06 - Equipamentos de Proteção Individual –EPI;

- g) Norma Regulamentadora Nº 07 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO;
- h) Norma Regulamentadora Nº 09-Programas de Prevenção de Riscos Ambientais;
- i) Norma Regulamentadora Nº 15 - Atividades e Operações Insalubres;
- j) Norma Regulamentadora Nº 17 – Ergonomia;
- k) Norma Regulamentadora Nº 26 - Sinalização de Segurança;
- l) Norma Regulamentadora Nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde;
- m) Normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas, bem como à legislação vigente para o serviço;
- n) RDC Nº 63, dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para Serviços de Saúde. RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA, 25 de novembro de 2011.

As exigências acima transcritas são mínimas e tem por finalidade demonstrar os critérios e controles exigidos pela contratante. As especificações técnicas da contratação, é importante dizer, serão estabelecidas conforme necessidades e orientações de profissionais especializados da Contratante.

Acerca do procedimento de contratação, a Agir realiza todos os seus processos de aquisição (compras e contratos), por meio de Regulamento para Procedimentos de Compras, Contratação de Obras, Contratação de Serviços e Alienações próprio, o qual, é importante dizer, foi submetido à aprovação do Conselho de Administração da Agir e da Controladoria Geral do Estado de Goiás e publicado em Diário Oficial do Estado de Goiás e poderá, a critério do Parceiro Público, ser submetido ao seu órgão de controle.

Seguindo-se as diretrizes do mencionado regulamento, a solicitação de contratação, com todas as suas especificações técnicas, exigências de qualificação técnica e determinações legais exigidas para a contratação do serviço, será elaborada por profissional especializado e submetida à aprovação da Diretoria nomeada para a o HECAD e remetida para a Supervisão de Padronização (subordinada à Gerência de Suprimentos), para que seja realizada a estimativa de custo da contratação.

A estimativa de custo é realizada por meio de ampla pesquisa de mercado e tem por finalidade identificar o preço praticado pelo mercado, bem como possibilitar o planejamento econômico-financeiro da unidade de saúde, no tocante aos valores que serão despendidos para a manutenção da contratação.

Finalizada a estimativa de custos, a mesma será submetida à aprovação da diretoria administrativa e financeira do HECAD, e às Superintendências Administrativa e Financeira e Executiva da Agir. Aprovado o custo estimado da despesa, a solicitação de contratação será remetida à Supervisão Administrativa de Suprimentos (subordinada à Gerência Corporativa de Suprimentos), para análise de regularidade e aspectos comerciais, sendo elaborada a carta cotação da proposta, remetendo-se à mesma para publicação.

A publicação será feita em Portal de Compras da Agir, no Portal Transparência da Agir, em Diário Oficial do Parceiro Público e no Jornal O Popular, contratado pela Agir por ser um dos maiores jornais impressos do Estado de Goiás, garantindo-se, desta forma, a ampla publicidade à intenção de contratação, pelo prazo mínimo de 10 (dez) dias.

Feita a publicação da carta cotação, o processo será remetido à Supervisão Operacional de Suprimentos (subordinada à Gerência Corporativa de Suprimentos), que cuidará de todas as etapas da aquisição. Recebidas as propostas comerciais, a Supervisão Operacional de Suprimentos analisará a documentação recebida, solicitando, se necessário, o parecer técnico de um colaborador da Agir, que detenha conhecimento especializado no objeto da contratação, o qual prestará auxílio no tocante à compreensão da proposta técnica apresentada por cada empresa participante do processo.

Analisada e classificadas tecnicamente cada empresa, dar-se-á início à fase de negociação das propostas comerciais, utilizando-se, para tanto, de contato via e-mail, com cada empresa tecnicamente habilitada, em reunião presencial, ou por meio de reunião virtual, em plataforma de compras ou usando-se de salas virtuais de reunião, como ZOOM, GOOGLE MEET ou MICROSOFT TEAMS.

Concluída a etapa de negociação, far-se-á o mapa de apuração, indicando-se a classificação das empresas, para o que se considerará a habilitação técnica e os preços apresentados, seguido da emissão do relatório de compras.

Emitido o relatório de compras, a contratação será submetida à aprovação da Gerência Corporativa de Suprimentos e da Superintendência Administrativa e Financeira, com posterior envio à Assessoria Jurídica, para a análise de regularidade do processo e formalização da contratação.

Formalizado o contrato, e feita a sua publicação no Portal Transparência da Agir, dar-se-á início a execução do contrato, o qual será gerido No HECAD, por um gestor previamente designado.

- **Serviço de Vigilância**

Para os serviços de vigilância do HECAD considerados os seguintes critérios:

- A empresa contratada deverá possuir autorização de funcionamento válido, conforme determinado pela Lei nº 7.102, de 20 de junho de 1983 e Decreto nº 89.056, de 24 de novembro de 1983, do Ministério da Justiça;
- A empresa contratada deverá cumprir com todas as disposições da Lei nº 7.102, de 20 de junho de 1983, e suas respectivas alterações;
- Deverá cumprir com todas as determinações do Decreto nº 89.056, de 24 de novembro de 1983, do Ministério da Justiça, e suas respectivas alterações;
- Deverá cumprir com todas as determinações da Portaria nº 3.233/2012, do Ministério da Justiça, e suas respectivas alterações;
- Deverá cumprir com as determinações da Norma Regulamentadora nº 32, do Ministério do Trabalho e Emprego, e suas respectivas alterações;
- A empresa contratada deverá comprovar, como requisito para habilitação na cotação, por meio de atestado de capacidade técnica, a prestação de serviços de vigilância desarmada, nos últimos 24 (vinte e quatro) meses;
- Deverá disponibilizar profissionais treinados e capacitados por instituição de ensino legalmente credenciada para ministrar treinamento em segurança e vigilância;
- A empresa contratada deverá assegurar que a prestação de serviços será realizada de forma ininterrupta, garantindo-se a cobertura de todos os postos de trabalho;
- A empresa contratada deverá fornecer a todos os vigilantes e aos gestores do contrato, aparelhos de radiocomunicadores, devidamente homologados e autorizados pela ANATEL.

- **Manutenção Predial**

Para os serviços de manutenção predial, deverão ser considerados os seguintes critérios:

- A empresa contratada deverá comprovar a sua qualificação técnica, por meio de atestados de capacidade técnica em manutenção predial, com as respectivas Anotações de Responsabilidade técnica – ART, junto ao Conselho Regional de Engenharia e Agronomia - CREA;
- A apuração de melhor proposta considerará, além da análise técnica do plano de manutenção predial, a estimativa de Bônus e Despesas Indiretas - BDI, que deverá variar entre 10% e 25%, incidente sobre os custos estimados com materiais e serviços; • Para a análise técnica das propostas comerciais apresentadas, será considerado o plano de trabalho e gestão, corpo técnico e experiência;
- O serviço de manutenção predial preventivo, corretivo ou emergencial será realizado mediante o fornecimento de recursos humanos, materiais, peças e insumos, e com disponibilização de ferramentas e equipamentos e compreenderá as adequações, pequenas construções e reformas, com cobertura mínima obrigatória, necessária à conservação das edificações, sistemas e infraestrutura da unidade de saúde. Considera-se como infraestrutura todos os elementos das edificações, equipamentos e sistemas:
 1. instalações hidrossanitárias, água potável, água quente, água pluvial, grelhas, canaletas e redes de esgoto, incluindo tubulações, instalações, isolamentos, redes, conexões, bombas e demais itens;
 2. instalações hidrossanitárias e elétricas das caixas e reservatórios, incluindo tubulações, caixas d'água, reservatórios, isolamentos, impermeabilizações, conexões, bombas, quadros elétricos, componentes elétricos e demais itens;
 3. instalações do sistema de combate a incêndio, incluindo tubulações, redes, conexões, instalações elétricas, alarmes, centrais de alarmes, hidrantes, mangueiras, bombas, quadros elétricos, sensores, detectores de fumaça, luminárias de emergência e demais itens, Sistema de Detecção de Alarme e Incêndio;

4. instalações elétricas, de infraestrutura e de cabeamento estruturado, telefonia, lógica e CFTV, incluindo cabos, eletrocalhas, câmeras, centrais, quadros de comando, dispositivos diversos, etc.;
5. infraestrutura de subestações, grupo-geradores, no-breaks, e sistemas de energia elétrica (instalações elétricas, dutos, tubulações, isolamentos, equipamentos, etc.);
6. instalações elétricas para iluminação;
7. Infraestrutura para sistema de proteção de descargas atmosféricas (instalações, conectores, cabos, barras de aterramento, isoladores, etc.)
8. infraestrutura de sistemas de ar-condicionado (instalações elétricas, dutos, tubulações, isolamentos, etc.);
9. infraestrutura de tubulações e elementos das instalações de gases medicinais, água fria, vapor, vácuo e GLP (tubulações, dutos, terminais, válvulas, etc.);
10. portas, portais, esquadrias, janelas, fechaduras, vidraçarias, espelhos, películas solares para vidros, cortinas, persianas, bem como todos os acessórios;
11. coberturas, impermeabilizações, mantas asfálticas, telhamento, painéis, placas, calhas, ralos e descidas de águas pluviais;
12. sistemas de aquecimento solar, incluindo tubulações, quadros elétricos, bombas, elementos de ligação hidrossanitária;
13. revestimentos de forros, pisos, pisos elevados, pisos táteis, paredes, calçadas e pavimentações externas;
14. postes, mastros, fachadas, letreiros, totens e elementos de comunicação visual e sinalização;
15. rampas, escadas, guarda-corpos, corrimões e suporte metálicos;
16. portões, cancelas, catracas, cercas, gradis, muros e isolamentos;
17. marquises, pergolados;
18. estacionamentos, vias, pavimentos, paver, calçadas, meio-fio, sarjeta, pinturas e sinalizações verticais e horizontais, placas e acessos;
19. forros e divisórias nos mais variados materiais;

20. áreas técnicas, tais como lajes, salas, abrigos, centrais, etc.;

21. todos os demais componentes construtivos da edificação;

22. infraestrutura e edificações, incluído: alvenaria, paredes, estruturas de concreto armado e estrutura metálica, acabamentos e reparos de pintura, serralheria, marcenaria, soldagem, vidraçaria, aplicação de forro, montagem, desmontagem e reparos de mobiliários, montagem, desmontagem e reparos em divisórias;

23. todo e qualquer trabalho implícito e necessário à conservação e ao perfeito e completo funcionamento de toda a infraestrutura, edificações e sistemas.

- Para a apuração do preço, referente aos serviços e materiais, serão consideradas as Tabelas SINAPI de Preços de Insumos – GO (tabela não onerada); Tabelas de Composições GOINFRA (tabela não onerada), e Cotação de mercado, caso o serviço prestado não conste na tabela SINAPI ou na tabela GOINFRA, a ser realizada por meio da prospecção de, no mínimo, três fornecedores;
- Os preços das tabelas serão considerados sem o BDI – Bônus e Despesas Indiretas;
- As empresas proponentes deverão possuir registro de pessoa jurídica junto ao Conselhos de Classe do seu estado: CREA – Conselho Regional de Engenharia e Agronomia;
- A empresa vencedora do certame deverá possuir obrigatoriamente o registro de pessoa jurídica junto ao Conselho Regional de Engenharia e Agronomia de Goiás - CREA/GO, para a assinatura do contrato;
- Os serviços de Manutenção Predial deverão seguir criteriosamente todas as normas técnicas da Associação Brasileira de Normas – ABNT, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho (NRs), leis, portarias e demais normas técnicas vigentes cabíveis a cada serviços solicitados.

3.5 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

3.5.1 APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

As ações de Desenvolvimento Humano na Agir partem da premissa de ser uma organização que aprende e que está em constante evolução. Sendo assim, tais ações não podem ser confundidas apenas com Treinamento, respeitadas as diferenças conceituais, destacando-se:

- **Treinamento:** Fornece meios que promovem a ressignificação sistemática de atitudes, conhecimentos, regras e/ou habilidades que resultam em melhoria do desempenho do trabalho.
- **Desenvolvimento:** Programa de qualificação de pessoal, cujos resultados podem advir em médio e longo prazos, conforme demanda a ser trabalhada.

Naturalmente, ambas as ações são importantes à consolidação dos objetivos organizacionais considerando que, enquanto a primeira orienta, a segunda potencializa resultados. Assim, a Agir atuará no HECAD nas 2 (duas) vertentes, integrando-as às premissas da Política Institucional de Ensino e Pesquisa, bem como aos princípios organizativos da área de RH da OSS.

Tabela 72 – “Personas Agir” Agenor e Gigi.



Fonte: Elaborado por Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde - Agir, 2022.

Conceitualmente, educação diz respeito a aperfeiçoamento das capacidades físicas, intelectuais e morais do ser humano, enquanto o termo “permanente” associa-se à ideia de levar por diante, sem interrupção, prosseguindo sempre. Logo, a educação permanente é atitudinal, impondo a prática de comportamentos valorizados num determinado contexto - prática essa que, não raro, demanda reforços, objetivando garantir sua manutenção ou desenvolvimento.

Nessa vertente, alguns estudiosos do comportamento declaram que, se assim não ocorresse, as habilidades identificadas em um candidato em processo seletivo criterioso bastariam para garantir que os indivíduos atendessem às condições mínimas requeridas e aos padrões desejados o que, na prática, não se observa. Daí a necessidade das organizações se respaldarem em um sistema de Treinamento e Desenvolvimento consistente, que abranja a preparação das pessoas para o desempenho das diversas funções e tarefas.

Segundo a literatura científica, a preparação de um colaborador exige, essencialmente, 3 (três) tipos de educação: (1) o treinamento para a tarefa; (2) a educação formal, e; (3) a educação cultural, focada na missão, visão e valores organizacionais.

Nesse último estágio, centra-se fortemente na organização a responsabilidade em ensinar as delimitações que o indivíduo deve saber para funcionar bem na cultura. Tal fato impõe à gestão de RH se ancorar numa política organizacional com bases filosóficas consolidadas, a fim de favorecer o alcance de metas e propostas alinhadas aos anseios da OSS.

Portanto, o desafio consiste em desenvolver habilidades técnicas e comportamentais dos profissionais, aprimorando qualidade de produtos e serviços. Assumir a responsabilidade pela identificação de potencialidades e a administração destas em áreas onde terão maior oportunidade de realizar e produzir incute um clima organizacional caracterizado por atividades bem-sucedidas acumuladas, de modo a transformar os valores e metas institucionais em prioridades.

Sob o ponto de vista metodológico, serão observados alguns estágios para elaboração do processo de educação permanente, no que tange ao fluxo de ações previstas da área de RH para o HECAD, conforme segue:

1. Planejamento

Nessa Etapa, objetiva-se:

- Elaborar e produzir proposta de atividades de aperfeiçoamento, segundo prévio levantamento de necessidades;
- Considerar problemas relacionais e humanos na formatação das atividades;
- Observar clima organizacional e sistema de informações, atuando de forma interativa com a equipe de trabalho da Unidade;
- Definir e operacionalizar objetivos a curto, médio e longo prazo.

2. Operacionalização e Análise dos Resultados

- Visibilizar o levantamento de dados para avaliação de resultados;
- Registrar dados esperados e obtidos em todos os setores da Unidade;
- Traçar paralelos entre os valores que norteiam a Unidade e as ações praticadas;
- Promover discussões metodológicas que otimizem vivências de aprendizagem;
- Compartilhar as atividades bem-sucedidas e acumuladas, bem como as passíveis de modificações;
- Compartilhar e informar dados que requeiram ação conjunta a partir do material coletado;
- Retroalimentar o processo.
- No que tange a proposta prática, a educação permanente se estabelecerá orientada por enfoque, objetivos estruturados e competências, conforme descrito a seguir:

Treinamento Introdutório (Integração)

Antes do início de suas atividades, todos os profissionais celetistas e terceiros do HECAD, participarão do treinamento introdutório dirigido e coordenado pelo Departamento de RH local, objetivando inteirar-se quanto a história da instituição, a cultura e identidade organizacional, características da Unidade, Código de Conduta Ética, bem como do funcionamento macro dos serviços componentes da Unidade. Para além disso, este treinamento visará apresentar sobre o Contrato de Gestão,

legislação do SUS e as responsabilidades dos colaboradores e parceiros nesse universo.

Conforme explicado anteriormente no item desta proposta que tratou sobre as ações de capacitação para colaboradores internos, o treinamento introdutório é realizado na modalidade on-line, com apoio do CED/Agir, unidade educacional que administra a plataforma virtual utilizada como AVA.

Demais Treinamentos e Aperfeiçoamentos

Para os treinamentos exigidos ao cargo, haverá um Levantamento das Necessidades de Treinamento, estruturado pelos gestores do HECAD com apoio da área de Gestão de Pessoas do corporativo da Agir.

As demais necessidades de treinamento/aperfeiçoamento não necessariamente serão originadas pela área de recursos humanos. O responsável pelo setor poderá solicitá-los à equipe de Desenvolvimento Humano e/ou, por meio do Plano de Desenvolvimento Individual – PDI, poderá solicitar diretamente ao colaborador, considerando-se:

- Desempenho do profissional em relação às suas funções;
- Previsão de implantação de novos processos;
- Complementação da formação para exercer uma função;
- Necessidade de implantação de melhorias.

A referida solicitação será analisada pela área de recursos humanos e, posteriormente, encaminhada ao CED/Agir para estruturação de uma ação de educação permanente com o intuito de contribuir para a melhoria contínua da qualidade da prestação de serviço ofertada na Unidade.

Os Levantamentos das Necessidades de Treinamento poderão ser compostos, ainda, pelos treinamentos técnicos, comportamentais, gerenciais, sistemas operacionais e de obrigações legais, a saber:

Treinamentos Técnicos: Visam desenvolver “caminhos” que conduzem os profissionais a adquirir determinados conhecimentos e habilidades específicas para realizarem suas atividades com excelência. Consistem em etapas graduais de conhecimento, de acordo com o cargo e/ou setor de atuação;

Treinamentos Comportamentais (Desenvolvimento Humano): Promovem o desenvolvimento de competências principais ou essenciais (*core competence*) e competências comportamentais, atitudes pessoais e profissionais, autoconhecimento e melhoria na capacidade de geração de soluções inovadoras;

Treinamentos Gerenciais: São os cursos ligados ao aperfeiçoamento de técnicas e práticas de gestão de equipes e de processos;

Treinamentos Operacionais (sistemas e macroprocessos): São os cursos básicos para realização das atividades, dos fluxos organizacionais específicos para as rotinas de trabalho na Unidade e para o manuseio das plataformas informatizadas da Agir;

Treinamentos de Obrigações Legais: São treinamentos obrigatórios, exigidos por lei para a execução de determinadas atividades. São determinados pelas NRs e pela Tabela - Treinamentos, Capacitações e Exercícios Simulados e-Social. Estes cursos contarão, especialmente, com a atuação do SESMT do HECAD.

Com relação às competências e atribuições para materialização das ações, estima-se:

1 - Recursos Humanos

- Efetuar, periodicamente, junto aos diversos serviços, o Levantamento de Necessidades de Treinamento;
- Assessorar as áreas competentes na elaboração dos conteúdos a serem trabalhados;
- Fomentar processos de educação continuada, a partir de informações coletadas em Avaliação de Desempenho, pesquisas e outras demandas observadas;
- Proceder aos registros competentes, tais como cadastro em sistema e registro de presenças, garantindo fácil resgate de informações, sempre que necessário;
- Avaliar a eficácia dos treinamentos através de Avaliações de Reação, Aprendizagem, Mudança de Comportamento e Resultados.

2 - Gestores

- Realizar ou designar profissional apto para prover o treinamento na função para o novo colaborador;

- Apontar necessidades de treinamentos;
- Solicitar treinamentos, acionando as respectivas áreas envolvidas;
- Colaborar com a área de RH na análise dos resultados do treinamento.

Figura 95 - Registro de líderes da Agir em participação em Aperfeiçoamentos.



Realização dos Aperfeiçoamentos

1 - Interno

Identificadas e validadas as necessidades de treinamento interno, o responsável pelo setor, em conjunto com a área de recursos humanos, designará um ou mais instrutores capacitados e definirá as datas dos treinamentos, conforme demanda – eletiva ou emergente.

O gestor da Unidade, conjuntamente com a área de recursos humanos, deverá providenciar a infraestrutura e os recursos necessários ao aperfeiçoamento, tais como

recursos audiovisuais, material de apoio, etc., em caso desse se realizar de forma presencial. Nos casos em que a modalidade do treinamento for *on-line* e necessitar de apoio do estúdio de gravação, o gestor deverá contatar a equipe do CED/Agir, que proverá o suporte na ação, segundo fluxo de trabalho disposto em documento de orientação da área.

A área de gestão de pessoas deverá efetuar a convocação dos participantes e operacionalizar contingências, tais como compatibilidade à jornada laboral, pagamento de horas extras, etc. Além disso, será também função da área de Desenvolvimento Humano organizar a lista de presença nos treinamentos e realizar a avaliação de sua eficácia, dentre outras atividades que se fizerem necessárias para o pleno desenvolvimento do processo de educação permanente interno.

2- Externo:

Quando do aporte financeiro da Agir para o evento, deve-se adotar as providências cabíveis no que tange a operacionalização das demandas para pagamento e formalização.

Em situações em que o desembolso do treinamento for de responsabilidade do profissional e o período compreendido coincida com seu horário de trabalho, este deverá registrar o pedido de liberação em Comunicação Interna ao superior imediato, para autorização. Em seguida, o documento deverá ser encaminhado ao Departamento de RH para os registros competentes.

Para ambas as modalidades descritas acima, deverão ser observados:

- **Avaliação de Eficácia dos Treinamentos**

Para compor a Avaliação de Eficácia, deverá ser registrada a Avaliação de Reação ao fim do treinamento, somada à Avaliação de Aprendizado respondida pelos participantes e à de Mudança de Comportamento respondida pelo seu superior imediato, no período de 30 dias a contar da data de término do evento. Esta ação é procedida pelo RH por meio de sistema de Gestão de Pessoas, em conjunto com o responsável pelo respectivo setor ao qual o colaborador está vinculado.

Caso seja verificada a ineficácia do treinamento, serão recomendadas as providências cabíveis, quer seja: reencaminhar o colaborador para novos aperfeiçoamentos, averiguar junto à entidade promotora do aperfeiçoamento

eventuais falhas no processo e/ou reorientar e acompanhar o profissional, ratificando fatores intervenientes que possam estar influenciando negativamente em seu desempenho.

- **Registros de Requisitos de Acesso**

No processo de admissão de profissionais para o HECAD, os documentos pessoais serão registrados no Sistema de Administração de Pessoal e armazenados na Pasta Funcional do Colaborador. Logo após a formalização da admissão, as informações gerais (nome, matrícula, formação, admissão, cargo, experiência) e o(s) certificado(s) / diploma(s) serão registrados no Histórico Individual do Colaborador.

A cada novo aperfeiçoamento realizado pelo profissional, o Histórico Individual deverá ser atualizado, mediante apresentação de documentos comprobatórios.

O tipo de treinamento definirá a forma como os registros serão tratados, com destaque para 2 (dois) casos distintos:

- **Para Treinamentos externos:** Os certificados, diplomas e/ ou documentos equivalentes, originais e cópias deverão ser recepcionados pelo RH, que atualizará o Histórico Individual do Colaborador e arquivará em Pasta Funcional aqueles indispensáveis ao exercício da função.

- **Para Treinamentos Internos:** Esses treinamentos serão registrados por meio da Lista de Presença em Treinamento, sendo o Requisito de Acesso vinculado, automaticamente, ao cadastro do funcionário no Sistema de Gestão de Pessoas.

Outras Modalidades de Desenvolvimento de Pessoas

Programas específicos podem compor o escopo de ações voltadas para o Desenvolvimento de Pessoas, a exemplo:

- “Time do Saber” – Serviços de alcance institucional abrangente com palestras com temas de interesse comum, tais como Educação Financeira, Administração de Conflitos, Mercado de Trabalho, etc., oportunizando aos colaboradores novos enfoques para crescimento pessoal e profissional.

- “Conhecendo a Organização” – Ações informativas sobre os serviços da Unidade que se apresentam internamente por meio de estratégias interativas para promover a visão integrada de responsabilidades e inter-relações dos diversos setores, valorizando o trabalho de cada um e promovendo uma visão sistêmica da organização, além de dar clareza quanto às responsabilidades individuais e compartilhadas.
- Vídeo Institucional – Exibição de depoimentos do Corpo Diretivo da Agir e Unidades, fomentando estímulo ao engajamento no trabalho e boas práticas.
- Grupo de Estudo Corporativo – Leitura compartilhada de livros, informes, periódicos, favorecendo aprofundamento de temáticas cotidianas, com vistas ao maior engajamento e geração de empatia e sentimento de pertencimento aos colaboradores.
- Gamificação - Uso de técnicas de jogos virtuais para estimular o aprendizado organizacional, com conteúdos relacionados aos protocolos e normativas, por intermédio de desafios e bonificações virtuais.
- E-learning – Disponibilidade de programas de descontos para colaboradores da Agir em cursos virtuais oferecidos pelo CED/Agir, pílulas de conteúdo, além de simulação e realidade virtual voltada à educação em saúde.
- Onboarding – Utilização de ferramenta voltada para integração e socialização entre novos colaboradores e conteúdos no processo ensino-aprendizagem.

Ressalta-se que todo esse processo é composto por demandas cíclicas e atuais, numa dinâmica ora de reforço, ora de inserção de novas abordagens, cujo intento é o de assegurar o Desenvolvimento Humano.

Programa de Formação de Líderes

Discussões sobre autoconhecimento e tecnologia indicam a necessidade de alinhamento de habilidades interpessoais e apelo à autenticidade diante dos desafios da gestão na atualidade.

Com foco na formação da alta liderança, associando aspectos de inteligência emocional e racionalidade gerencial, a Agir, busca de forma contínua desenvolver as

lideranças do corporativo e das unidades geridas sob temas, relevantes e atuais, dialogados no cotidiano. Estes treinamentos acontecem de forma orquestrada e planejada e buscam apresentar ferramentas para que as estratégias de autoconhecimento favoreçam o uso dos recursos tecnológicos no cumprimento das metas e auxiliem na realização do movimento de prospecção, adiantando-se aos desafios.

A Agir conta, em sua política corporativa, com um programa de desenvolvimento voltado ao preparo, aperfeiçoamento e instrumentalização de lideranças, no âmbito formal e sucessório.

Figura 96 – Registro de evento realizado para formação de líderes.



agir

A abordagem teórico-prática foi escolhida como possibilidade de aliar a instrumentalização a reflexões de cunho comportamental, focada no desenvolvimento de competências, ou seja, conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes incorporadas ao “Saber”, “Saber Fazer” e “Querer Fazer”, respectivamente.

Esta iniciativa fundamenta-se em ações sistematizadas, orientando-se por ofertar uma experiência de aprendizagem direcionada ao autodesenvolvimento, bem como à aquisição e aprimoramento de competências, enfatizando resultados e alinhamento aos objetivos do negócio.

Em suma, a formação de líderes da Agir baseia-se numa modelagem de fortalecimento da identidade organizacional e responsabilidade pessoal, consideradas a junção do capital humano, institucional e da informação, permeada pelo cenário interno e externo.

Figura 97 – Registro de evento realizado para formação de líderes.



agir

AÇÕES E PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Campanha do Respeito

A “Campanha do Respeito” originou-se de uma iniciativa das superintendências da Agir, objetivando conscientização dos profissionais da OSS sobre a importância de se cultivar o respeito no ambiente de trabalho, considerando as diferenças individuais e se colocando no lugar do outro na construção de uma cultura justa e alinhada aos valores e propósitos da organização.

A premissa trabalhada é a de que o respeito impacta em atitude que fortalece essa mesma atitude por parte de quem a recebe.

Figura 98 - Campanha do Respeito.



O intuito principal da Campanha na Agir e Unidades é reforçar a importância da manutenção de um ambiente saudável, com relações pautadas no respeito mútuo, comunicação direcionada e *feedbacks* empáticos. Assim, cada um fazendo a sua parte, cria-se um ambiente de trabalho mais harmônico, integrador e acolhedor.

Figura 99 – Logo da campanha do Respeito.



Nesse intento, foram selecionados subtemas, afins à proposta, distribuídos ao longo de 12 meses do ano, a saber:

Figura 100 – Temas abordados na Campanha do Respeito da Agir.



Mês 1 - RESPEITO: Corresponde ao início da campanha. O tema busca fazer as pessoas refletirem sobre o que é respeito, bem como a sua importância para a construção de relações interpessoais positivas. O objetivo é equilibrar o físico, mental e emocional.

Figura 101 – Campanha do Respeito da Agir – Mês 1.



Respeito

O respeito é a base de tudo, mas também é uma via de mão dupla. Portanto, todos nós temos papel fundamental para fortalecer a cultura do respeito dentro da Agir.

Durante este ano, a cada mês vamos trabalhar um assunto relacionado ao respeito, buscando a criação de um ambiente cada vez mais harmônico, acolhedor e produtivo. Teremos várias ações e conteúdos bem interessantes para que você leve o respeito para todo lugar, afinal, tudo muda quando você muda.



Mês 2 – AUTOCONHECIMENTO: Promoção de ações voltadas a apresentar ferramentas e formas para que as pessoas se conheçam melhor e, com isso, consigam lidar melhor com seus sentimentos, dentro e fora do ambiente de trabalho.

Mês 3 – RECIPROCIDADE: O tema é abordado por meio de ações que visam proporcionar maior conhecimento acerca do que é reciprocidade e de como ela pode ser colocada em prática no cotidiano pessoal e profissional.

Mês 4 – RESILIÊNCIA: Mês em que a proposta é demonstrar a importância e incentivar o exercício da resiliência como uma estratégia para lidar com situações adversas, superar pressões, obstáculos e problemas e reagir positivamente a eles.

Mês 5 – DIVERSIDADE: Trata-se de uma temática de extrema importância e cada vez mais recorrente na atualidade. Deste modo, as ações são focadas na disseminação de informações sobre o respeito à diversidade em todos os ambientes, com a ideia de que ela impulsiona a vitalidade e inovação cultural, econômica, etc.

Mês 6 – LINGUAGEM ADEQUADA: O foco é demonstrar para as pessoas a importância do uso de uma linguagem adequada, considerando que a linguagem não pode ser utilizada sempre da mesma forma, já que o contexto, os interlocutores e o objetivo da mensagem são alguns dos fatores que influenciam a forma como ela deverá ser usada.

Mês 7 – COLABORAÇÃO: Tema que visa ressaltar a promoção de uma cultura colaborativa dentro da Agir e das unidades por ela geridas, enfatizando a importância do trabalho em equipe para o alcance de resultados positivos.

Mês 8 – EMPATIA: Mês que visa fazer as pessoas refletirem sobre a importância de se colocar e respeitar o lugar do outro, sendo essa uma temática que contribui sobremaneira para uma melhor compreensão do comportamento das pessoas e também de suas necessidades.

Mês 9 – CORRESPONSABILIDADE: Temática destinada a promover a consciência de que cada pessoa precisa fazer a sua parte para que o ambiente seja harmônico e respeitoso.

Mês 10 – GRATIDÃO: Desenvolvimento de ações que estimulam a prática da gratidão, tornando a pessoa mais satisfeita consigo mesma, o que reflete diretamente em seus relacionamentos interpessoais.

Mês 11 – GENTILEZA: Tema que aborda a gentileza como uma forma de atenção e cuidado que torna os relacionamentos mais humanos, com menos rispidez.

Mês 12 – PRÁTICAS DE BOA CONVIVÊNCIA: Mês apresenta proposta de ações que estimulem as práticas relacionadas à convivência saudável. Nesse momento, também, faz-se uma avaliação do impacto da Campanha na cultura organizacional.

Essas temáticas são propostas por meio de textos, vídeos e dinâmicas, com recursos dispostos nos diversos canais de comunicação da Agir, favorecendo atitudes afirmativas como fator de melhoria do ambiente interno. O resultado esperado é que a Campanha repercuta na formação de hábitos, traduzidos em comportamentos, que acompanharão o profissional em sua atuação junto à sociedade.

Essa visão integrada na Agir e nas Unidades desenvolve a conscientização de todos os profissionais da OSS sobre a importância de se cultivar o respeito no ambiente de trabalho para a construção de uma cultura justa e alinhada ao propósito organizacional de “cuidar de vidas”.

Projeto Estamos Juntos

A Agir, em 2002, no início de suas operações, reconhecida pela atitude de vanguarda, detinha em seu escopo de atuação profissionais celetistas, estagiários, residentes, voluntários e bolsistas. Com o passar do tempo, tais vínculos se ampliaram em número e diversificação. Assim, a força de trabalho tem se tornado mais heterogênea e os contratos de trabalho mais diversificados.

Figura 102 - Logo do programa Estamos Juntos.



Na atualidade, frente ao cenário mundial caracterizado por disrupção, nova economia, reflexões acerca do futuro do emprego e necessidade de reformulação nas relações de trabalho, faz-se essencial a (re)definição de preceitos norteadores das mais diversas parcerias.

Soma-se a este contexto, o crescimento organizacional e de expansão prospectado pela Agir, tendo como pilar suas lideranças, dada a necessidade de concentração do grupo gestor no gerenciamento e melhorias de processos.

Sendo assim, a Agir optou por ampliar a diversificação de vínculos e, para fortalecer as suas parcerias, estabelece o Programa Estamos Juntos. Este Programa tem como objetivo melhorar o relacionamento e a capacitação dos profissionais terceiros para continuarem prestando uma assistência humanizada e com excelência e, assim, cumprirem o propósito da OSS junto à sociedade.

Este programa está sendo aplicado nas unidades de negócio gerenciadas pela Agir, e será implantado em futuras unidades, como é o caso do HECAD.

Para estabelecer este Programa, foi estruturado um projeto de inovação, chamado Projeto Estamos Juntos, que contou o desenvolvimento de 12 produtos, conforme descrito a seguir:

1. Identificação visual do projeto

Foram elaborados a logomarca do programa, o slide padrão para ser usado em todos os treinamentos e a vinheta de abertura dos vídeos do treinamento introdutório e das ações de comunicação do programa.

2. Treinamento Introdutório Institucional

Treinamento que tem como objetivo ambientar e desejar boas-vindas aos colaboradores novatos da OSS, alinhando expectativas de trabalho e integrando-os à cultura e rotinas de trabalho, conforme detalhadamente explicado em item correspondente nesta proposta.

3. Tutorial de conduta do gestor

Este tutorial foi elaborado para orientar a atuação do gestor em relação aos aspectos da terceirização e na relação com o profissional terceiro. Trouxe, também, orientações sobre cultura justa, gerenciamento de crise, aspectos e atuação da liderança. O conteúdo deste material será difundido sempre que um novo líder for efetivado.

4. Tutorial de conduta para parceiros terceiro

Material que estabelece direitos e deveres na relação entre parceiro terceiro e unidades. Abrange as relações e interações, ocorridas entre gestores e colaboradores da Agir (na figura de contratante) e gestores, prepostos, associados e colaboradores das empresas contratadas.

O tutorial segue as diretrizes preconizadas pela Agir, com vistas a:

- Definir e difundir a política da Agir, no que se refere às relações de convivência e relacionamento entre os colaboradores, empregados da Agir, e os associados e/ou colaboradores das empresas parceiras;
- Prover princípios;
- Difundir conceitos;
- Suplementar o Código de Ética e Conduta da Agir.

5. Disseminação do conceito de *Service Level Agreement* - SLA (Acordo de Nível de Serviço)

Este produto foi elaborado para difundir conceito de SLA para os gestores, formar multiplicadores e padronizar as documentações e os critérios de avaliação do serviço prestado pela empresa parceira.

Foi criada uma DIS (Diretriz de Suporte) para orientar os gestores sobre as práticas da instituição em relação ao Acordo de Nível de Serviço. Para a formação dos multiplicadores e para a capacitação dos operadores e gestores de contrato, foram desenvolvidos treinamentos e *workshops* específicos para esse fim.

6. Fluxograma do processo de transição da empresa terceira

Ferramenta que trouxe transparência ao processo inicial de terceirização, estabeleceu fluxos, prazos e responsabilidades de cada área.

7. Fluxograma do processo de transição de terceiro para terceiro

Ferramenta que trouxe transparência ao processo de transição de terceiro para terceiro, estabeleceu fluxos, prazos e responsabilidades.

8. Plano de desligamento humanizado

Plano composto por um conjunto de estratégias para tornar a demissão do colaborador celetista em um momento conciliador, ético, respeitoso e transparente. Dentre as ações estão comunicar, acolher e oferecer orientações de recolocação aos ex-colaboradores em transição.

9. Plano de comunicação ligado ao endomarketing

Plano desenvolvido para fortalecer a cultura, promover a integração e o reconhecimento de terceiros e celetistas, por meio de ações de endomarketing, as quais acontecem sob a responsabilidade do RH das unidades, a partir de criação de cronogramas anuais.

10. Treinamento de Líderes e Gestores de Contratos

Treinamentos ministrados por profissionais internos, nas modalidades *on-line* e/ou presencial, para ofertar ferramentas para ajudar o gestor a se reposicionar neste novo cenário da terceirização. Este treinamento aborda temáticas como questões jurídicas da terceirização, papel e importância do gestor neste contexto de diversificação de vínculos, cultura justa, gerenciamento de crise, tendências de liderança, empatia e gestão de conflitos.

11. Programa de treinamento para área de Recursos Humanos

Neste Programa estão incluídos treinamentos ministrados por profissionais internos, nas modalidades *on-line* e/ou presencial, para ofertar ferramentas para capacitar a equipe de Gestão de Pessoas para fazer a gestão do Programa Estamos Juntos.

12. Programa Dialoga +

Figura 103 – Divulgação do Programa Dialoga +.



O Programa tem o objetivo de viabilizar a escuta qualificada e aplicação de técnicas terapêuticas, a fim de auxiliar na promoção de qualidade de vida no trabalho, promovendo saúde mental e facilitando a comunicação entre os gestores e colaboradores da Agir.

É um meio que delinea uma relação mais efetiva no ambiente de trabalho, gerando sentimento de pertencimento entre as partes. O Programa oferece acolhimento de demandas emocionais e, também, elabora estratégias para o enfrentamento das diversidades dentro da instituição.

Figura 104 – Divulgação do Programa Dialoga +.



Este Programa visa resultados a curto, médio e longo prazo, bem como prevê continuidade em virtude de mudanças, necessidades e desafios que são inerentes às relações saúde-trabalho, a partir de ações de:

- **Prevenção e Promoção:** Psicoeducação, palestras mensais, ações coletivas (datas comemorativas), *lives* com convidados especiais, treinamento de controle e manejo do estresse, estratégias e técnicas de relaxamento, meditação e *mindfulness*.
- **Assistência:** Trabalhos em Grupo e Atendimento Individual Focal Breve.
- **Parcerias:** Encaminhamento para instituições que oferecem atendimento psicoterapêutico contínuo, em casos de necessidade identificada.

Pesquisa de Clima Organizacional e Pesquisa de NPS

A Pesquisa de Clima Organizacional é um recurso democrático, comumente utilizado em organizações, de forma sigilosa, cujo propósito é desenvolver práticas alinhadas às demandas emergentes.

Sabe-se que a melhor forma de se medir o clima organizacional é por meio de uma pesquisa, o que nos remete à importância da análise crítica das informações obtidas nela pois, não raro, as pontuações desenvolvidas pelos colaboradores carecem não de movimentos organizacionais, mas de reflexões e esclarecimentos quanto à real viabilidade das propostas.

Figura 105 – Divulgação da Pesquisa de Clima da Agir.



Na utilização dessa estratégia na Agir, a Pesquisa é aplicada, anualmente, para que seja possível o desenvolvimento de planos de ação ao longo do ano, dando-se as devidas tratativas até o próximo ciclo. Objetiva-se, mediante a análise das informações, identificar pontos de melhoria institucionais, bem como as iniciativas bem-sucedidas.

Uma vez tabulados os dados referentes ao HECAD, será emitido relatório constando resultados quantitativos e qualitativos para análise da Direção da Unidade e elaboração de um plano de ações a serem desenvolvidas.

Figura 106 – Divulgação da Pesquisa de Clima da Agir.



Trimestralmente, a Agir utiliza a pesquisa de NPS, que é o recurso de apoio à Pesquisa de Clima Organizacional em toda a OSS. Ela ocorre de forma anônima, por meio de uma pergunta em escala, visando identificar o índice de colaboradores promotores e detratores dentro da OSS, por unidade gerida.

Aplicação da Pesquisa

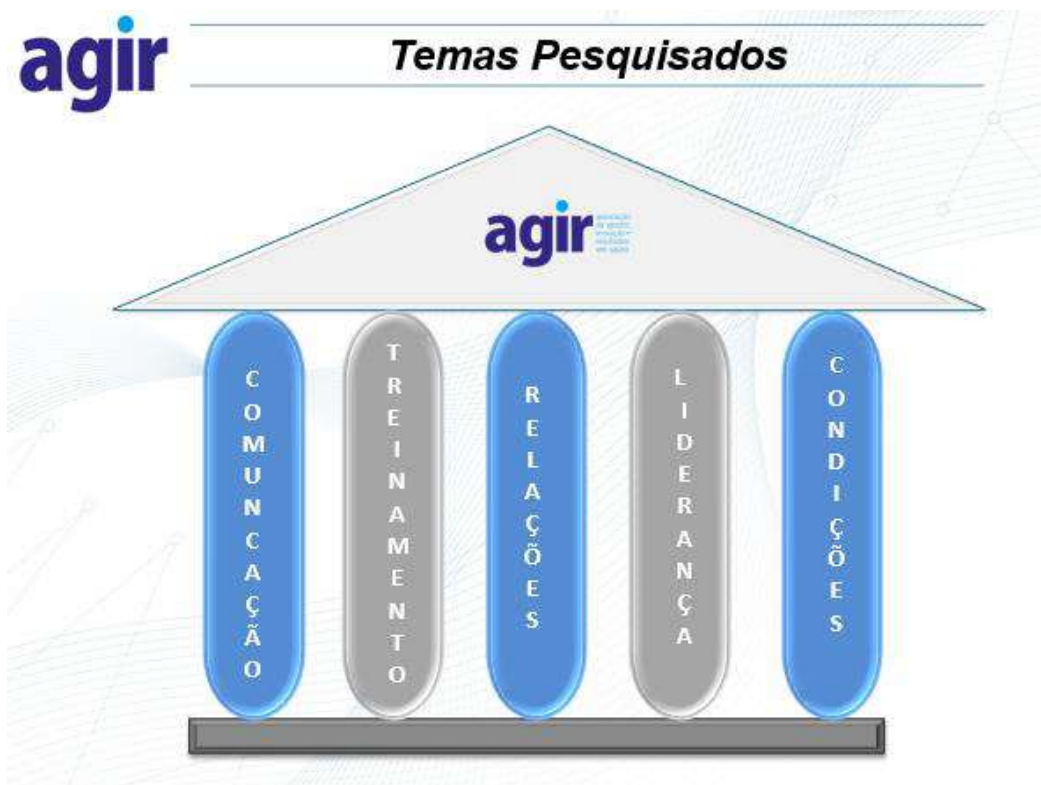
Conforme dito anteriormente, a aplicação da Pesquisa de Clima Organizacional no HECAD será realizada anualmente pela área de RH da Unidade, por meio de formulários individuais enviados aos profissionais, gerados de forma anônima pelo sistema de Gestão de Pessoas. Um código de acesso chegará para cada colaborador, via sistema eletrônico, para que estes possam ter acesso à plataforma e possam responder à pesquisa em um prazo definido.

Serão apresentados aos pesquisados os objetivos do trabalho, o conceito de Pesquisa de Clima Organizacional e as características da pesquisa, realçando-se os aspectos ético e sigiloso de todo o processo.

O questionário aplicado será composto por questões de caráter objetivo e subjetivo, no intento de provocar reflexão nos participantes. Os quesitos utilizados na pesquisa corresponderão a indicadores importantes na consecução de objetivos do universo corporativo, uma vez que estes permeiam as práticas e relações, alinhadas a forças mobilizadoras, tais como imagem, valorização e reconhecimento, comunicação, relacionamento interpessoal, liderança, ambiente e condições de trabalho, políticas de remuneração, etc.

Serão utilizados os seguintes elementos de análise: trabalho em si, integração interdepartamental/integração funcional, remuneração, gestão, comunicação, progresso funcional, relacionamento interpessoal, estabilidade no trabalho, processo decisório, condições físicas do trabalho, relacionamento empresa x sindicato x funcionários, disciplina, participação, pagamento, segurança, objetivos organizacionais e orientação para resultados.

Figura 107 – Divulgação da Pesquisa de Clima da Agir – Temas pesquisados.



Em suma, a Pesquisa de Clima Organizacional será composta das etapas:

- (1) Desenho da Pesquisa: levantamento de informações sobre a Unidade, objetivando identificar traços relevantes de sua cultura organizacional;
- (2) Definição, junto à área de RH da Unidade, a respeito das metodologias, cronograma e demais etapas da Pesquisa;
- (3) Divulgação e aplicação: reunião com os gestores da Unidade para divulgação da Pesquisa, destacando sua importância e etapas previstas;
- (4) Aplicação da Pesquisa, conforme recursos disponíveis;
- (5) Processamento dos dados da Pesquisa com análise dos cortes de diagnóstico organizacional;
- (6) Confeccção de gráficos e relatórios quantitativos e qualitativos;
- (7) Devolutivas: repasse das análises e observações aos gestores e envolvidos;
- (8) Alinhamento: elaboração de planos de ação, junto aos gestores das áreas.

Após a tabulação dos resultados do questionário, serão elaborados gráficos possibilitando demonstrar os índices de satisfação gerais e específicos de cada área, permitindo a identificação de focos de problemas a serem avaliados.

Vale ressaltar que, na etapa 5, será realizada a análise estatística dos dados e serão elencados os cortes de diagnóstico organizacional a serem tratados, obedecendo-se a proposta:

- Divulgar resultados, estabelecendo relações entre o cenário atual e visão de futuro, uma vez que a Pesquisa direciona ações estratégicas;
- Realizar devolutivas detalhadas junto ao Grupo de Gestores/ Referenciais dos Serviços e pessoas que possam assumir a responsabilidade pelas ações demandadas;
- Identificar outros pontos que necessitam ser atendidos, que porventura não apareceram na Pesquisa;
- Validar o plano de ação, verificando se estão alinhados às estratégias e objetivos da Unidade e dos indivíduos envolvidos;
- Instituir Comitês Gestores, conforme agrupamento de fragilidades a serem trabalhadas;
- Envolver e preparar as pessoas;
- Estabelecer periodicidade para análise e acompanhamento dos resultados;
- Divulgar os progressos;
- Retroalimentar e coletar elementos para as próximas edições da Pesquisa.

Figura 108 - Modelo do Questionário da Pesquisa de Clima Organizacional na Agir.

PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Esta pesquisa é de inteira responsabilidade da Superintendência de Gestão e Planejamento, da Gerência Corporativa de Recursos Humanos e da Coordenação de Desenvolvimento Humano. As informações serão coletadas de maneira que os respondentes não precisarão se identificar. Caso você queira se identificar, coloque seu nome em alguma das questões discursivas. Os dados coletados na pesquisa serão utilizados para respaldar diagnóstico e fomentar plano de ação para medidas de melhoria no clima organizacional.

Para atingirmos nosso intento, é fundamental que suas respostas sejam absolutamente autênticas e sinceras.

COMUNICAÇÃO

1 – Os gestores do meu setor me mantêm informado(a) sobre assuntos importantes, novas regras e sobre as mudanças na minha área de trabalho.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

2 - Os veículos de divulgação de informações que a empresa utiliza (Intranet, e-mails, quadro de avisos e reuniões) são eficientes.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

3. Tenho conhecimento sobre a Missão, Visão e Valores da Agir?

Sempre

 @agirsaude


 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Quase Sempre

Raramente

Nunca

4. Para mim está claro a quem devo reportar as minhas atividades e os resultados no trabalho.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

5. Está claro para mim que posso contribuir com sugestões de melhoria e com as mudanças da organização, pois percebo meus gestores abertos para me ouvir.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

6. Na atividade que desenvolvo, há ocorrência de retrabalho (trabalho feito novamente por causa de erros na comunicação).

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

7 - Meus líderes têm uma visão clara de para onde estamos indo e como fazer para chegar lá.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

TREINAMENTO

1. Quando fui contratado, recebi treinamento para realizar meu trabalho.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

2 - Quando as pessoas do meu setor mudam de função ou de área é oferecido treinamento e suporte para desempenhar um bom trabalho.

Sempre

Quase Sempre

Raramente


Nunca

3 - O meu setor me oferece treinamento ou outras formas de desenvolvimento para o meu crescimento profissional.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

 @agirsaude


 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20° Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Nunca

4. Os treinamentos oferecidos me ajudam a desenvolver um bom trabalho no dia a dia.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

5 – Meu líder imediato me repassa informações e orientações claras para eu executar minhas atividades.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

TRABALHO EM EQUIPE – RELAÇÕES

1 - Posso contar com a colaboração das pessoas da minha equipe?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

2 - Posso contar com a colaboração das pessoas de outras equipes?

Sempre

Quase Sempre


 @agirsaude

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20° Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Raramente

Nunca

3 - Existe um sentimento de "família" ou de "equipe" por aqui?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

4 – Há uma tolerância da equipe quando alguém comete um erro.

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

LIDERANÇA

1 – Meu (minha) gerente me trata de forma respeitosa?

Sempre


Quase Sempre

Raramente

Nunca

2 – Meu (minha) coordenador (a) me trata de forma respeitosa?

Sempre

 @agirsaude

 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Quase Sempre

Raramente

Nunca

3 – Meu líder imediato me oferece, constantemente, feedback sobre meu desempenho?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

4 - O contato com as Superintendências é rápida e facilitada?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

5 - Meu líder incentiva minhas ideias e sugestões e as levam em consideração de forma sincera?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

 @agirsaude

 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

6 – Meu líder confia que desempenho um bom trabalho, e me delega atividades importantes?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

7 – Meu líder imediato sempre me envolve em decisões que afetam minhas atividades e meu ambiente de trabalho?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

8 – Meu líder imediato sabe coordenar pessoas e distribuir tarefas adequadamente?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca


9 – Meu líder imediato cumpre o que promete?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

 @agirsaude


 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

10 – Meu líder imediato age de acordo com o que fala?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

CONTEXTO DE TRABALHO

1 - Eu recebo os equipamentos e recursos necessários para realizar meu trabalho?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

2 - Este é um lugar fisicamente seguro para trabalhar, não oferecendo riscos para minha saúde?

Sempre

Quase Sempre

Raramente


Nunca

3 - Este é um lugar psicológica e emocionalmente saudável para trabalhar?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

 @agirsaude

 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20° Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

Nunca

4 – O salário que eu recebo é adequado para o serviço que desempenho?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

5 - Acredito que tenho possibilidade de construir carreira aqui?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

6 – Consigo ter um equilíbrio entre o meu trabalho e a minha vida pessoal?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

7 – Percebo que as promoções são dadas às pessoas que realmente mais merecem, pois os líderes evitam o favoritismo?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

 @agirsaude


 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

8 - Tenho orgulho de contar a outras pessoas que trabalho aqui?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

9 - Se eu for tratado injustamente, acredito que serei ouvido e acabarei recebendo um tratamento justo?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

10 – Sinto vontade de trabalhar aqui por muito tempo?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

11 – Você já presenciou alguma situação de injustiça, assédio ou discriminação?

Sim

Não

Caso tenha marcado "SIM" na resposta anterior, fique a vontade para relatar no espaço abaixo

 @agirsaude


 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

12 - Levando-se tudo em conta, eu diria que este é um excelente lugar para trabalhar?

Sempre

Quase Sempre

Raramente

Nunca

13. O que mais motiva você em trabalhar na Agir?

14. O que pode melhorar na Agir? Registre suas sugestões:

15. O que pode melhorar no meu setor? Registre suas sugestões:

 @agirsaude

 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120

3.5.2 PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO E ESTIMULAR PRODUÇÃO

A Agir, pautada no seu propósito institucional, defende o crescimento sustentável da OSS, contribuindo para o desenvolvimento de cada profissional que nela atua e impactando diretamente a vida de cada pessoa que interage com a organização e com as unidades por ela administradas.

O propósito de “cuidar de vidas” contempla o compromisso institucional em oferecer condições seguras e saudáveis de trabalho para todos os colaboradores e prestadores de serviço, além de desenvolver, internamente, uma cultura de práticas profissionais condizentes a um ambiente seguro.

O Provimento de Pessoal

Recrutar e selecionar pessoas evoca os processos de agregar à OSS candidatos capazes de ajustar as próprias características e competências pessoais aos requisitos e características predominantes na organização. Dessa forma, o processo seletivo corresponde à busca da adequação entre o que a Agir pretende e o que as pessoas oferecem.

Neste contexto, a designação da força de trabalho das unidades administrada pela Agir é definida respeitando-se as características próprias de cada uma delas, orientadas sempre para o propósito comum, de forma humanizada, com excelência nos processos, transparência na aplicação dos recursos e com foco em resultados.

Os processos seletivos desenvolvidos pela Agir para o HECAD obedecerão às diretrizes estabelecidas pelo Regulamento dos Procedimentos para Recrutamento e Contratação de Pessoal, documento este elaborado em conformidade às especificidades de gestão de parcerias público-privadas, e aprovado pelo Conselho de Administração da Agir.

O recrutamento e seleção terá início com a abertura de requisição (Formulário de Solicitação de Abertura de Vaga), via sistema de Gestão de Pessoas, conforme quadro de pessoal definido e aprovado.

A requisição deverá ser aberta pelo responsável do setor solicitante e deverá vir anexada a descrição de cargo com as atividades a serem executadas pelo profissional, além do perfil técnico/comportamental e das seguintes informações:

- cargo/função;
- número de vagas;
- carga horária semanal;
- horário de trabalho;
- justificativa para a solicitação, em caso de aumento do quadro.

Motivos de abertura de requisição de vagas

A demanda de abertura de uma vaga poderá originar-se de uma das situações listadas a seguir:

- I - Substituição: vaga em substituição de colaborador desligado por iniciativa da Unidade ou do profissional;
- II - Aumento de Quadro: vaga em aumento do quadro por necessidade de uma determinada área ou em caso de novos projetos;
- III - Substituição por Transferência: vaga em substituição ao colaborador aprovado em Processo Seletivo Interno, promovido para outra função ou designado a ir para outra unidade gerida pela Agir, na mesma função.

Após criada, a requisição seguirá um *workflow* de assinaturas e aprovações no sistema, tendo como último aprovador o SE (Superintendente Executivo) da Agir, visto que o Regulamento dos Procedimentos para Recrutamento e Contratação de Pessoal preconiza que a abertura de processo para contratação de pessoal se dará mediante autorização expressa deste.

Autorizada a contratação pelo SE, o Núcleo de Seleção da Agir dará início aos procedimentos para preenchimento da(s) vaga(s), obedecidas as fases de Recrutamento e Seleção.

O processo seletivo poderá ser interno ou externo/misto, a critério da área de Recrutamento e Seleção, respeitando-se o alinhado com o gestor solicitante.

Do processo seletivo – Recrutamento e Seleção de Pessoas

O processo seletivo externo/misto disporá sobre um conjunto de técnicas e procedimentos que visarão atrair candidatos (internos e externos), potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro do HECAD.

Na Agir, o processo seletivo misto ocorre por meio de publicação no site oficial da OSS (www.agirsaude.org.br), no qual os candidatos interessados tomam conhecimento e se inscrevem para as vagas em aberto.

O recrutamento e seleção dos candidatos, considerando o tipo e o perfil da vaga, dar-se-á por meio das etapas:

- **Inscrição:** Período em que a vaga fica disponível no site da Agir para que o candidato interessado se inscreva;
- **Triagem curricular:** Análise comparativa entre as informações registradas pelo candidato no questionário de triagem e os requisitos da vaga, conforme Edital em que foi disposta;
- **Avaliação Específica:** Avaliação técnica vinculada ao cargo proposto, que poderá conter questões objetivas e/ou discursivas com conteúdo de conhecimentos específicos, conforme perfil da vaga previamente divulgada, via Edital;
- **Análise Curricular:** Verificação da habilitação e/ou qualificação profissional e da experiência do candidato para o cargo pretendido;
- **Entrevista por Competências:** Entrevista embasada no conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desempenho do cargo, sendo que as competências deverão ser analisadas quanto à capacidade técnica e comportamental de cada candidato.
- **Avaliação Prática:** Avaliação que poderá ser aplicada *in loco*, com o objetivo de verificar o grau de domínio técnico do candidato para a função a qual ele se candidata.

Função/Cargo:			
Nome Completo:			
Data da Entrevista:			
Entrevista por competências			
Competência	Pergunta	Pontuação (1 a 5)	Nota
1	Domínio do conteúdo na área específica *Entrevistador deverá verificar se o candidato mostrou capacidade para narrar com precisão e domínio do conteúdo na área específica de atuação.		
2	Domínio técnico na área específica *Entrevistador deverá verificar se o candidato mostrou capacidade de apresentar com precisão e domínio técnico na área específica de atuação.		
3	Iniciativa/Tomada de decisão *Entrevistador deverá verificar se o candidato mostrou capacidade de identificar com precisão os problemas e/ou oportunidades da situação relatada e apresentou capacidade de tomar decisões rápidas e achar soluções efetivas.		
4	Atitude/criatividade para o cargo *Entrevistador deverá reconhecer no discurso do candidato características de entusiasmo e proatividade, buscando ser colaborativo e otimista nos resultados finais, com flexibilidade e segurança em suas ações.		
5	Capacidade de trabalhar em grupo *O entrevistador deverá identificar, nas colocações do candidato, a facilidade em interagir com as pessoas, criar parcerias, reconhecer suas limitações e contribuir para atingir os resultados finais. Identificar ainda se o candidato reconhece e respeita os limites dos outros e é capaz de ser liderado ou ser líder do grupo de trabalho		
6	Interesse e empatia na área de atuação *O entrevistador deverá identificar, nas colocações do candidato, claramente, é sucinto e convincente e demonstra ser capaz de escutar e procurar entender os outros.		
7	Objetividade no pensamento e na expressão *O entrevistador deverá identificar se o candidato possui capacidade para apresentar respostas objetivas no pensamento e na expressão.		
8	Habilidade Analítica *O entrevistador deverá identificar no discurso do candidato a compreensão dele a situação explanada como um todo, a capacidade de analisar as partes e estratégias adotadas para resolução do problema e os resultados obtidos		
9	Inovação *Entender a capacidade do entrevistado de propor novas ideias, de buscar soluções diferentes e de coloca-las em prática.		
10	Relacionamento Interpessoal *Avaliar a capacidade de se relacionar de maneira assertiva com as demais pessoas da equipe, mesmo em situações adversas, se posicionando de maneira a facilitar o convívio e o aprendizado.		
Nota geral (total):			
**Obs. *1-Fraco: Demonstrou dificuldade na resposta (0 pontos); *2-Regular: Foi superficial na resposta (2,50 pontos); *3-Bom: Foi objetivo na resposta (5,00 pontos); *4-Muito bom: Apresentou resposta adequada ao esperado (7,50 pontos); *5-Excelente: Demonstrou clareza e precisão na resposta (10,00 pontos).			
Parecer do Entrevistador:			
Resultado:		Aprovado: <input type="checkbox"/>	Reprovado: <input type="checkbox"/>
Assinatura Analista de RH: _____			
Data: ____/____/____ Assinatura Gestor: _____			

A Agir poderá, ainda, convocar candidatos aprovados em processo seletivo anterior, cujo resultado tenha sido publicado a menos de 6 (seis) meses, prorrogáveis por igual período, a critério da OSS, desde que o cargo e os requisitos do processo seletivo que o candidato participou sejam idênticos aos da nova vaga em questão.

O preenchimento de funções gratificadas, quer pelo público interno, quer pelo externo, por se tratarem de atividades de liderança e gestão, será de livre escolha do Diretor do HECAD, observados os critérios da qualificação técnica e da fidúcia para o desempenho da função. Para essa definição, deverá ser ouvido o RH e deverá haver autorização pela SE.

O remanejamento e/ou promoção de colaboradores será outra forma de preenchimento de vagas. Neste caso, se dará sempre mediante observação do desempenho do colaborador, com autorização da Diretoria Geral da Unidade e anuência expressa do profissional remanejado. Para tal, deverá observar-se os seguintes critérios:

- I - Solicitação de aumento e/ou otimização de quadro de pessoal, quando for o caso, autorizada pela SE;
- II - Solicitação de reposição de pessoal, quando for o caso, autorizada pela SE;
- III - Possuir, o colaborador, a habilitação profissional exigida na descrição de cargos;
- IV - Indicação do colaborador a ser promovido pelo responsável da área, resguardando os critérios de elegibilidade do mesmo, bem como a aderência ao perfil, ouvido o RH, mediante conhecimento e concordância da SE;
- V - Possuir, o colaborador, percentual igual ou superior a 80% na Avaliação de Competências e cumprimento de metas e indicadores de *performance*.

Para a constituição de vínculos terceirizados - categoria contratual credenciamento, cooperativa ou outras modalidades - aplicar-se-á o disposto em Regulamento de Contratação de Bens e Serviços, aprovado pelo Conselho de Administração da Agir.

Contrato de Trabalho

No processo de admissão do colaborador celetista, os documentos admissionais serão registrados no sistema eletrônico do Departamento de Pessoal da Agir e armazenados na pasta funcional eletrônica.

Todas as novas admissões poderão, preferencialmente, usar meios eletrônicos e/ou digitais para pactuação do contrato de trabalho e documentos correlatos.

Os colaboradores terão suas digitais cadastradas em Sistema Eletrônico de Ponto e deverão realizar seus registros de acordo com carga horária/ jornadas laborais previamente estabelecidas em contrato de trabalho.

Pois bem, no ato da contratação, obedecidos critérios de provimento de recursos humanos, o profissional deverá receber a identificação funcional e EPIs, conforme cargo e função.

Todos os serviços, independente do regime contratual, atenderão a uma escala de trabalho conforme demanda de cobertura, previamente definida. A escala de trabalho conterà o nome e sobrenome dos colaboradores, bem como o seu *status* (“Profissional ativo”, “em gozo de Férias/licença”, etc.), carga horária e jornada de trabalho. As escalas de trabalho serão adotadas conforme área de atuação e informações de projeção dos serviços, mediante análise de demanda, produtividade, capacidade instalada e objetivos de desempenho auferidos.

Os modelos de escalas adotados, sejam por meio físico ou eletrônico, objetivam assegurar o devido controle e dimensionamento de pessoal para adequada cobertura ao serviço. Ambos poderão ser aplicados conforme particularidades da demanda e recursos disponíveis.



CONTRATO DE TRABALHO/EXPERIÊNCIA

Pelo presente instrumento de Contrato de Experiência, a Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde, com sede em Goiânia à OLINDA c/ PL3, 960, Ed. Lozandes Corp Design 20º Andar, GO-GO, CNPJ:05.029.600/0002-87, doravante designada simplesmente EMPREGADORA e AMANDA OLIVEIRA SILVA SANTANA portador(a) do CPF nº 04779518130, a seguir chamado(a) apenas EMPREGADO, celebram o presente Contrato Individual de Trabalho para fins de experiência, conforme legislação trabalhista em vigor, regido pelas cláusulas abaixo:

CLÁUSULA 1ª - Fica o EMPREGADO admitido no cargo de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, exercendo a Função em Confiança de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX além de outras funções que vierem a ser objeto de ordens verbais e/ou não verbais segundo as necessidades da EMPREGADORA, desde que compatíveis com a sua formação profissional.

PARÁGRAFO ÚNICO - Poderá o empregado deixar de exercer a função em confiança a qualquer momento, ficando a critério do empregado a referida definição. Deixando de exercer a função em confiança o empregado deixará de receber a gratificação de função pertinente, independente do tempo.

CLÁUSULA 2ª - O EMPREGADO exercerá suas atividades na AGIR - ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE, podendo, a qualquer tempo, ser transferido a título temporário ou definitivo, para outras unidades, nos termos dos artigos 469 e 470 da CLT.

CLÁUSULA 3ª - O EMPREGADO laborará em regime de jornada normal 40 horas semanais, e sua eventual alteração por determinação da EMPREGADORA, observado o limite legal, não se caracterizará em inovação deste contrato.

CLÁUSULA 4ª - Não será permitido ao EMPREGADO a sua entrada antecipada no posto de trabalho bem como sua permanência após o término da jornada normal de trabalho sem o consentimento do Gestor imediato.

CLÁUSULA 5ª - O EMPREGADO perceberá o salário base mensal de R\$ X.XXX,XX (XXXXXXXXXXXXXXXXXX) e gratificação de função em confiança de R\$ 00.000,00 (xxxxxxxxxx).

CLÁUSULA 6ª - O prazo de vigência deste contrato é de 45 dias podendo ser prorrogado por mais 45 dias com início em 03/11/2021.

PARÁGRAFO ÚNICO - Não manifestando as partes ao final dos primeiros 45 (quarenta e cinco) dias de experiência, considera-se o contrato prorrogado automaticamente por mais 45 (quarenta e cinco) dias também a título de experiência, totalizando os 90 (noventa) dias conforme preconiza o parágrafo único do artigo 445 da CLT.

CLÁUSULA 7ª - Além dos descontos previstos em lei, reserva-se a EMPREGADORA o direito de descontar do EMPREGADO os danos que, por dolo, imperícia, imprudência ou negligência, forem causados por ele, nos termos do § 1º, do Art. 462, da CLT.

CLÁUSULA 8ª - Quando fizer parte das atividades inerentes ao cargo e função, é responsabilidade do EMPREGADO realizar as evoluções no Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, assinando-a eletronicamente por meio de certificado digital.

§ 1º A aquisição, posse e guarda do cartão de certificação digital para a realização das evoluções eletrônicas, bem como sua assinatura é de responsabilidade exclusiva do EMPREGADO.

§ 2º A omissão quanto a evolução e/ou assinatura digital é falta grave, capitulada no art. 482, alínea "h", da CLT, sem prejuízo das implicações éticas determinadas no Código de Ética profissional.

CLÁUSULA 9ª - O EMPREGADO fica ciente do regulamento da Empresa e das Normas de Segurança que regulam suas atividades na empresa, cujo teor integra o presente contrato, e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob pena de ser punido por falta grave, nos termos da legislação vigente e demais disposições inerentes à segurança e medicina do trabalho.

CLÁUSULA 10ª - O presente Contrato será rescindido por expiração do seu prazo ou por vontade de uma das partes, nos termos do Art. 479 da CLT, salvo se por justa causa.

PARÁGRAFO ÚNICO - Operando a rescisão por vontade do EMPREGADO, terá o EMPREGADOR direito ao ressarcimento do prejuízo que disso lhe resultar.

CLÁUSULA 11ª - Permanecendo o EMPREGADO a serviço da EMPREGADORA, após o término da experiência, prevista na cláusula 6, o contrato se prorrogará por prazo indeterminado, continuando em vigor as cláusulas do presente contrato no tocante aos aspectos gerais de contratação.

CLÁUSULA 12ª - As partes elegem o foro desta cidade como competente para dirimir quaisquer litígios oriundos deste contrato.

Estando, assim, justos e contratados, EMPREGADO e EMPREGADORA firmam o presente em duas vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo.

GOIÂNIA XX de XX de XX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

AGIR - ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E
RESULTADOS EM SAÚDE

Avaliação de Desempenho

A Gestão de Desempenho é o processo contínuo de identificação, mensuração e desenvolvimento do desempenho de indivíduos e times, bem como o alinhamento desse desempenho com os objetivos estratégicos da OSS. O seu principal foco é impulsionar melhorias em um ciclo contínuo de empenho, desempenho, avaliação e desenvolvimento.

Para acompanhar o desempenho de seus colaboradores, a Agir adota os modelos de Gestão por Competências e Gestão por *Performance*, os quais avaliam as competências e as entregas de resultados de seus colaboradores.

Gestão por Competências

A Gestão por Competências é uma metodologia de Gestão de RH focada em analisar, identificar e gerir os colaboradores conforme seus perfis profissionais, com ênfase nos pontos de excelência e nos pontos a desenvolver, bem como orientar para o alcance dos resultados estratégicos institucionais. O seu objetivo é identificar e suprir as demandas de conhecimentos, habilidades e atitudes, além de entender as competências necessárias de cada cargo, verificar a presença nas equipes e promover ações para diminuir possíveis *gaps* de perfil.

A Agir adota a metodologia de Gestão por Competências com intuito de otimizar os processos de gestão de pessoas e fortalecer o engajamento institucional, aumentando a capacidade de atuação estratégica e melhorando a tomada de decisão.

Esta metodologia subsidia todos os processos de Gestão de Pessoas do corporativo e das Unidades geridas pela OSS – Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento, Remuneração, Avaliações de Desempenho, Desligamentos.

A Gestão por Competências da Agir é estruturada em etapas, conforme detalhado a seguir:

Figura 109 – Etapas de estruturação da Gestão por Competências.



Mapeamento das Competências

Mapear competências é estruturar as habilidades organizacionais que a instituição busca desenvolver em seus colaboradores. Esse mapeamento tem como intuito desenvolver as competências individuais a ponto de melhorar a *performance* e os resultados de todas as equipes.

Considerando o processo de identificar as habilidades, conhecimentos e atitudes específicas necessárias para um profissional realizar as atribuições de seu cargo/função de forma efetiva a Agir, com base nos objetivos institucionais e nas estratégias de gestão, tem definida uma lista com 18 competências que traduzem o seu propósito, missão, visão e valores.

As competências da Agir estão agrupadas em 5 (cinco) grupos:

Competência Essencial (*Core Competence*):

É a competência identitária da instituição. Está contemplada na identidade organizacional, na junção do propósito, missão, visão, valores e execução da estratégia. Ela representa a “razão de ser” da Agir.

A competência *core* da Agir é Transparência, Qualidade e Excelência, cuja tradução é capacidade de agir com base em padrões de qualidade, com foco na melhoria contínua para a excelência dos processos e transparência das ações, reafirmando o propósito de cuidar de vidas.

Competências Comportamentais (*Soft Skills*):

São competências relacionadas ao comportamento humano. Na Agir, elas são subdivididas 4 (quatro) grupos:

- Comportamental de Atitude;
- Comportamental de Aspectos Relacionais;
- Comportamental Funcional;
- Comportamental Distintiva.

As Competências Comportamentais de Atitude são relacionadas à atitude do profissional, tais como o modo de se comportar ou de reagir a determinada ação ou situação. As competências que compõe este grupo incluem:

I - Autodesenvolvimento e Amor ao Aprendizado: Capacidade de buscar novas informações, adquirir e compartilhar novos conhecimentos, habilidades e atitudes, transformando-as em ações e comportamentos que evidenciem melhorias efetivas no resultado do trabalho. É aberto às críticas e utiliza o *feedback* para transformar *gaps* em oportunidades.

II - Iniciativa: Capacidade de promover ações sem precisar ser acionado, conseguindo prever acontecimentos e evitar erros. Antecipa ações para lidar com os obstáculos e atingir os melhores resultados.

III - Inovação/Criatividade: Capacidade de propor novas ideias, soluções e métodos de trabalho que agregam valor aos objetivos organizacionais. Usa as ideias para aperfeiçoar o seu trabalho, mesmo diante de escassez de recursos.

IV - Engajamento e Aderência Cultural (Valores): É engajado com o propósito da instituição e se posiciona com encantamento diante dos nossos valores e cultura.

As Competências Comportamentais de Aspectos Relacionais são relacionadas a capacidade de se relacionar de forma eficaz com os colegas de trabalho. As competências que compõe este grupo incluem:

I - Trabalho em Equipe e Práticas de Convivência: Capacidade de interagir com a equipe, gestores e clientes de forma positiva e respeitosa, colaborando para o bom clima do ambiente de trabalho e para solução das demandas do setor.

II - Comunicação: Capacidade de se comunicar verbalmente (falar e escrever) e não verbalmente (gestos, postura e expressão corporal). Transmite informações com objetivo de alcançar os resultados. Não se envolve em fofocas e assuntos que não

dizem respeito ao trabalho, evitando assim gargalos e mal-entendidos nos repasses de informações.

III - Inteligência Emocional (Resiliência): Capacidade de reconhecer e avaliar os próprios sentimentos e os dos outros, assim como a capacidade de lidar com eles. Capacidade de manter ponderação em situações de imprevistos, adversidades e pressão, conduzindo as ações de forma equilibrada.

IV - Humanização e Empatia: Capacidade de avaliar o próprio comportamento pensando em como as outras pessoas irão se sentir, bem como prestar uma assistência com empatia, atenção e acolhimento.

A Competência Comportamental Funcional é a competência voltada para o cumprimento de rigores e regras definidos para o bom funcionamento da instituição. Para a Agir ela é exigida para todos os cargos/funções. Ela é representada por 1 (uma) competência, a saber:

I - Ética e Integridade: Capacidade de agir com ética e integridade, respeitando as pessoas, os valores, os processos e as regras de conduta da instituição.

A Competência Comportamental Distintiva é explicitada como diferencial, ou seja, não necessariamente é exigida para o cargo. As competências que compõem este grupo incluem:

I - Visão sustentável: Gestão adequada dos recursos de forma sustentável, com aplicação adequada dos diversos insumos, transformando em soluções que visem a perenidade da instituição e da sociedade.

II - Senso de Dono: Apresenta "brilho nos olhos", apropria-se dos seus objetivos e, em todas suas decisões e atitudes, sempre atua pensando na estratégia da instituição.

III - Visão Sistêmica e Conhecimento do Negócio: Compreende os processos e as estratégias da instituição, bem como consegue fazer conexões entre as suas entregas e a entrega das demais áreas.

Competências Técnicas (*Hard Skills*):

São os conhecimentos técnicos requeridos para o exercício do cargo, tais como domínio de instrumentos e ferramentas de trabalho.

Na Agir esta competência é apresentada como:

I - Domínio Técnico: Capacidade de usar o conhecimento técnico relativo à sua área e/ou atividade de trabalho para gerar as melhores soluções e prestar um trabalho com excelência.

Competências de Resultados (*Results Skills*):

São relacionadas a indicadores, metas e entrega de resultados esperados para cada área, desdobrados para os cargos/funções, de acordo com o nível de atuação.

Na Agir esta competência traduz-se em:

I - Foco em Resultados: Capacidade de cumprir as metas e resultados da sua área e comprometer-se com as entregas do seu cargo/função.

Competências de Liderança:

São voltadas para os cargos de gestão. São competências voltadas à gestão de pessoas e processos e estão relacionadas à estratégia da instituição.

Na Agir, as competências que compõe este grupo incluem:

I - Tomada de Decisão: Capacidade de analisar riscos e oportunidades, e identificar a alternativa mais adequada para solucionar um problema.

II - Liderança e Formação de Pessoas: Capacidade de gerenciar a equipe por meio de técnicas de motivação, delegação e integração, inspirando a equipe a trabalhar com entusiasmo, conduzindo-os à eficácia em resultados. Capacidade de ensinar e desenvolver competências na equipe. Capacidade de ouvir as pessoas da equipe, estimulando sugestões.

III - Planejamento e Visão Estratégica: Capacidade de planejar e estabelecer estratégia, metas e ações alinhadas à visão integrada da instituição.

Descrições de cargos/funções por competências

As descrições de cargo/função na Agir são construídas a partir das atribuições e responsabilidades destes, bem como a partir das especificações: definições de requisitos de acesso, fatores de complexidade e mapeamentos dessas competências.

Cada descrição de cargo contempla:

- Missão do Cargo: Explica o principal objetivo que o cargo deve atingir. É a descrição sumária do cargo/função;

- Principais Responsabilidades: Expressa as atribuições e responsabilidades desempenhadas, visando atingir o objetivo do cargo;
- Especificação do Cargo (requisitos de acesso): Define os requisitos do cargo, ou seja, os fatores de complexidade: grau de instrução, experiência para o exercício da função e responsabilidades (por erros, por gestão, por contatos e por dados confidenciais), além de estabelecer as condições de trabalho, os conhecimentos e habilidades técnicas específicas.

O documento de Descrição e Especificações de Cargo/Função subsidiará outros processos/projetos de Gestão de Pessoas, tais como:

- Recrutamento & Seleção;
- Saúde & Segurança - Prevenção trabalhista;
- Desenvolvimento PCMSO e PPRA;
- Administração de Pessoal – Cadastros e e-Social;
- Treinamento & Desenvolvimento;
- Avaliação de Competências e *Performance*;
- Remuneração Estratégica.

Levantamento das Necessidades de Treinamento

Os treinamentos/cursos originados pelo Levantamento das Necessidades de Treinamento são focados no desenvolvimento das competências e nas metas e objetivos traçados pela instituição, visando melhoria da *performance* de seus colaboradores. Dessa forma, abre-se perspectiva para capacitação em 4 (quatro) áreas:

- (1) Conhecimento Operacional: São treinamentos básicos para realização do trabalho, plataformas informatizadas, rotinas e fluxos organizacionais específicos para as atividades da Agir (ex.: módulos de *softwares*, processos de trabalhos);
- (2) Conhecimento Técnico: São treinamentos ligados ao aperfeiçoamento do trabalho via ferramentas, mecanismos de suporte e conhecimentos que agreguem resultado técnico ao trabalho (ex.: Excel, calculadora HP-12C);
- (3) Conhecimento Gerencial: São treinamentos ligados ao aperfeiçoamento de técnicas e práticas de gestão de equipes e processos (ex.: Gestão de Pessoas, Gestão de Projetos);

- (4) Desenvolvimento Humano: São cursos ligados ao aperfeiçoamento das competências *core* e comportamentais (ex.: criatividade, inovação, inteligência emocional).

Sistema de Gestão da Qualidade
LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO



CARGO	Analista de Remuneração e Benefícios
ÁREA	
UNIDADE	AGIR
GESTOR DA ÁREA	

Este documento se propõe a reconhecer as modalidades de treinamento necessárias ao(s) cargo(s) acima citado(s), bem como os cursos que permitirão melhoria/desenvolvimento de performance pessoal/profissional. Para tanto, solicitamos que sejam elencados cursos tomando por base as características de cada modalidade de ensino, conforme abaixo.

1. CONHECIMENTO OPERACIONAL

Cursos básicos para realização do trabalho, plataformas informatizadas, rotinas, fluxos organizacionais específicos para as atividades na empresa (p. ex.: módulos de softwares de gestão, processos de trabalho, etc.).

CURSOS SUGERIDOS PELO GESTOR DA ÁREA	PRIORIDADE (1-5)
E-DOC	3
INTERACT	2
TOTVS RM	1
Portal RH	1
Intranet (Agenda de sala)	3
Twygo	2

2. CONHECIMENTO TÉCNICO

Cursos ligados ao aperfeiçoamento de trabalho via ferramentas, mecanismos de suporte e conhecimentos que agreguem resultado técnico ao trabalho (p. ex.: pacote Office, calculadora HP-12C, etc.).

CURSOS SUGERIDOS PELO GESTOR DA ÁREA	PRIORIDADE (1-5)
Gestão por Competências	1
Indicadores de Recursos Humanos	2
Organização Social e Contrato de Gestão	5
Qualidade e acreditação em saúde	4
Excel Avançado	3

3. CONHECIMENTO GERENCIAL

Cursos ligados ao aperfeiçoamento de técnicas e práticas de gestão de equipes e processos (p. ex: Gestão de Pessoas, Gerenciamento de Projetos, etc.).

CURSOS SUGERIDOS PELO GESTOR DA ÁREA	PRIORIDADE (1-5)

4. DESENVOLVIMENTO HUMANO

Cursos ligados ao conhecimento e aperfeiçoamento de competências core, comportamentais, habilidades e atitudes pessoais e profissionais (p. ex.: criatividade no trabalho, inovação, inteligência emocional, etc.).

CURSOS SUGERIDOS PELO GESTOR DA ÁREA	PRIORIDADE (1-5)
Gestão do Tempo	4
Ética todo dia	1

Trabalho em Equipe	2
Integridade e Ética na área de Recursos Humanos	1
CURSOS SUGERIDOS PELA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS	PRIORIDADE (1-5)

5. OUTROS CURSOS	
<i>Atividades de aprendizado não característicos das modalidades anteriores.</i>	
CURSOS SUGERIDOS PELO GESTOR DA ÁREA	PRIORIDADE (1-5)

Goiânia, _____ de _____ de _____

GESTOR DA ÁREA

RECURSOS HUMANOS

Oficinas de *Feedback*

Feedback é uma ferramenta muito conceituada na área de Gestão de Pessoas. A palavra *feedback* vem do inglês, e representa a junção de *feed* (alimentar) e *back* (de volta), ou seja, essa tradução pode ser tida como o ato de realimentar ou dar resposta a uma atitude ou comportamento. Em outras palavras, o conceito de *feedback* é definido como a comunicação feita entre pessoas, na qual uma delas é avaliada pela outra em relação às suas ações, comportamentos e tarefas.

Para instrumentalizar os seus gestores nesse processo de Gestão por Competências, a Agir tem como prática a realização de Oficinas de *Feedback*, com enfoque teórico e prático. Nas oficinas são evidenciados os tipos de *feedback* adotados pela instituição, sendo eles:

- *Feedback* de Reconhecimento: Tem como objetivo reconhecer, agradecer e motivar o colaborador;
- *Feedback* de Orientação: Tem como objetivo orientar o colaborador para uma melhor *performance*, aprimorando técnicas e conhecimentos;
- *Feedback* de Avaliação: Tem como objetivo comparar com um padrão e/ou comportamento, e ajustar expectativas.

Os *feedbacks* ofertados são registrados em sistema, servindo esse processo como subsídio para Avaliação de Desempenho, promoções e aprovações de desligamento por *gaps* de *performance*.

A Agir entende que esta ferramenta fortalece o diálogo entre gestores e equipes ao passo que, juntos eles irão olhar para o desempenho presente e construir um desempenho futuro, a partir de ações estruturadas.

Avaliação de Competências

A Avaliação por Competências é uma importante ferramenta de Gestão de Pessoas utilizada para identificar o potencial do colaborador, estimular a responsabilidade individual nos resultados organizacionais e melhorar o desempenho da equipe e a qualidade das relações profissionais. Além disso, ela contribui para a tomada de decisão sobre as práticas de remuneração, promoções, demissões e necessidades de treinamento.

A Avaliação de Competências na Agir é realizada de forma contínua pelo gestor imediato de cada colaborador, de forma estruturada em sistema, uma vez ao ano, a fim de avaliar as competências comportamentais e técnicas pertinentes aos ocupantes de cada cargo/função.

Neste processo, o gestor imediato faz uma avaliação do seu subordinado e este faz uma autoavaliação. Cada competência é traduzida em evidências de comportamento que, por sua vez, são avaliadas de acordo com a escala abaixo:

Tabela 73 – Escala de avaliação de Competência dos colaboradores da Agir.

Escala	Pontuação	Desempenho	Conceito
1	20	Não Satisfatório	O colaborador DIFICILMENTE apresenta esta competência no desempenho das suas atividades.
2	40	Abaixo do Esperado	O colaborador apresenta, EM POUCAS VEZES, esta competência, no desempenhadas suas atividades.
3	60	Dentro do Esperado	O colaborador apresenta, DE FORMA EQUILIBRADA, esta competência no desempenho das suas atividades.
4	80	Supera o Esperado	O colaborador apresenta, NA MAIORIA DASVEZES, esta competência, no desempenho das suas atividades.
5	100	É Referência	O colaborador SEMPRE apresenta esta competência no desempenho das suas atividades e incentiva seus pares.

Ao final, avaliador e avaliado se reúnem e realizam uma Avaliação Consensual, a qual trará uma nota final que deverá ser analisada, conforme imagem a seguir:

Figura 110 – Escala de Avaliação de Competência dos colaboradores da Agir.



Após a Avaliação Consensual, o gestor deverá realizar *feedback* com o avaliado, identificando os *gaps* existentes entre as competências previstas para o cargo/função e o resultado da avaliação. A partir daí, deve-se construir o Plano de Desenvolvimento Individual - PDI contendo ações estruturadas para serem realizadas pelo colaborador, com prazos determinados. Estas ações deverão ser acompanhadas até o próximo ciclo de avaliação, com *feedbacks* contínuos.

Gestão de Performance

A Gestão de *Performance* é uma metodologia que tem como objetivo mensurar o desempenho e o alcance de metas de cada setor, com foco nos objetivos estratégicos da organização. Ela visa alinhar pessoas, recursos e competências e, a partir deste alinhamento, conquistar resultados positivos para a instituição.

A base para aplicação da Gestão de *Performance* da Agir é formada pelos indicadores institucionais de desempenho levantados com o apoio da área de *Compliance* e Qualidade da OSS.

Estes indicadores medem os resultados setoriais e, conseqüentemente, a *performance* da instituição, podendo variar de acordo com os processos e as entregas para o negócio, otimizando o tempo e os investimentos.

A Agir tem seus Indicadores de Desempenho pautados nos processos realizados em cada área da OSS, considerando o público-alvo e a relevância dos setores para a sustentabilidade do negócio. Assim, os indicadores institucionais são ancorados pelos objetivos estratégicos.

Nesta perspectiva, na Agir, o colaborador é acompanhado, mensalmente, por suas entregas e pelos indicadores de sua responsabilidade. Além disso, uma vez ao ano é feita a avaliação formal sobre o cumprimento destes indicadores, ou seja, a Avaliação de *Performance*, juntamente com a Avaliação de Competências. Além dos dados em si são analisadas, também, as análises críticas realizadas, bem como as ações de melhoria propostas.

A junção da Avaliação de Competências (avaliação dos conhecimentos, habilidades e atitudes) com a Avaliação de *Performance* (avaliação da entrega, cumprimento de metas e indicadores) aponta o resultado do desempenho do colaborador, o que é denominado de Gestão de Desempenho.

A Gestão de Desempenho da Agir é baseada em meritocracia. Ela reconhece e recompensa os colaboradores com desempenho superior ao esperado, mas, também, coloca em prática as próprias diretrizes estratégicas institucionais.

Um dos principais benefícios desse modelo de gestão é que os colaboradores entendem que somente o máximo esforço e sua responsabilidade os levará aos próprios objetivos, o que estimula a melhoria na *performance* e resulta no aumento dos índices de produtividade e eficiência no trabalho.

Cada profissional identifica seus pontos fortes e fracos, aproveitando os *feedbacks* que recebe para aprimorar seu desempenho. Sendo assim, o sistema meritocrático é mais justo, uma vez que está atrelado ao desempenho individual.

Avaliação em período de experiência

O contrato de experiência é uma modalidade de contrato de trabalho prevista pela CLT, que permite realizar a avaliação do novo colaborador durante a execução das atividades para o qual foi contratado.

O objetivo da avaliação é fornecer elementos que possibilitem a análise quanto ao desempenho do colaborador no período do contrato de experiência, visando confirmar ou não a viabilidade da prorrogação de seu contrato de trabalho por tempo indeterminado.

A avaliação de período de experiência na Agir é realizada em formulário eletrônico próprio, via sistema, em dois períodos: 45 e 90 dias, a contar da data de admissão. Ela é realizada pelo gestor imediato do colaborador, tratando-se de um

momento reservado, em que prevalece a transparência, o respeito, a contribuição para o desenvolvimento, a discricção e a confidencialidade.

Figura 111 – Modelo de formulário eletrônico de avaliação de período de experiência da Agir.

Tipo	Item Avaliado	Item de Performance	Av. Crítica
Competências Específicas	00020 - ONICIDADE DE APRENDIZAGEM	00020	0
	00021 - QUALIDADE DO TRABALHO	00021	0
	00022 - INICIATIVA E INTERESSE	00022	0
	00023 - RELACIONAMENTO E COOPERAÇÃO	00023	0
	00024 - ENTENDIMENTO DAS NORMAS E PRÁTICAS INTERNO	00024	0
	00025 - ATENDIMENTO PESSOAL	00025	0
	00026 - PONTUALIDADE	00026	0
	00027 - PRESENTISMO E ABSENTEISMO	00027	0
	00028 - RESPONSABILIDADE E COMPROMETIMENTO	00028	0
	00029 - PROFIÊNCIA	00029	0
Operacionais	100 - Funcionário Cúbico na Empresa?	100	0
	101 - Substitui em caso de ausência regular na jornada laboral	101	0

Sugestão de Condutas para combater o absenteísmo e estimular a produção

Absenteísmo

Entendendo o absenteísmo como fator de desgaste proveniente de ausências ao trabalho e seus impactos diretos na produtividade e consecução dos objetivos organizacionais, serão utilizados indicadores que contemplam as condições em que ele ocorre, sendo assim classificado:

- Previsível: Representados por férias (impacto passível de ser minimizado mediante planejamento);
- Imprevisível: Desfalque inesperado (desligamentos, mudança interna de local de trabalho do profissional ou motivos de força maior);
- Legítimas: Licenças e afastamentos médicos;
- Não-justificadas: Faltas deliberadas.

A Agir acompanhará de forma contínua esse dado do HECAD, por meio de painel eletrônico disponibilizado para todas as unidades geridas por ela, cuja informação é monitorada em tempo real no e-Agir, na sede da Agir.

Figura 112 – Painel de acompanhamento e monitoramento dos índices de absenteísmo.



Para combater o Absenteísmo, as seguintes ações serão desenvolvidas:

- Pesquisa de clima organizacional, com estruturação de ações que promovam a minimização dos pontos negativos da Unidade;
- Identificação, junto aos setores do HECAD, dos registros computados de absenteísmo;
- Categorização dos registros de absenteísmo por área;
- Dimensionamento dos fatores geradores de absenteísmo;
- Identificação e avaliação, por área, da necessidade de contratações, caso o absenteísmo seja por sobrecarga;
- Cálculo do impacto por área;
- Definição do escopo de prioridades a serem atacadas com ações assertivas e direcionadas;
- Fortalecimento das práticas de RH, com a implantação de Projeto de Qualidade de Vida no Trabalho contemplando, entre outras ações, a Ginástica Laboral;
- Estímulo ao RH e gestores do HECAD a conversarem com os colaboradores em locais e horários alternativos, tais como intervalos e copas de apoio. Assim, informalmente, averiguar percepções acerca das condições de trabalho e oportunidades de melhoria, visando desenvolver proximidade e abertura para manifestações espontâneas;
- Realização de estudo da CID, por meio dos atestados entregues, para elaboração de palestras e campanhas especializadas;

- Preparo dos gestores na prática de endomarketing e assertividade, com grupos de estudo para partilha de informações técnicas e análise comparativa de abordagens empíricas;
- Instituição de Adicional de Assiduidade/ Pontualidade, quando possível de implantação;
- Adoção, orientação e exigência quanto ao uso de EPIs, sendo a importância reforçada CIPA e SIPAT;
- Atenção especial às informações coletadas nas entrevistas de desligamento, buscando o motivo real da falta de motivação para continuar na Unidade;
- Apresentação mensal aos gestores dos índices de absenteísmo, *turnover* e pedidos de remoção e exoneração, por área;
- Publicização e otimização dos canais de comunicação, estimulando ambiente participativo e aberto a críticas e sugestões;
- Realização de ações motivacionais e de reflexão que favoreçam o sentimento de pertencimento do colaborador quanto à sua contribuição efetiva no HECAD.

Figura 113 – Representação da Ginástica Laboral.

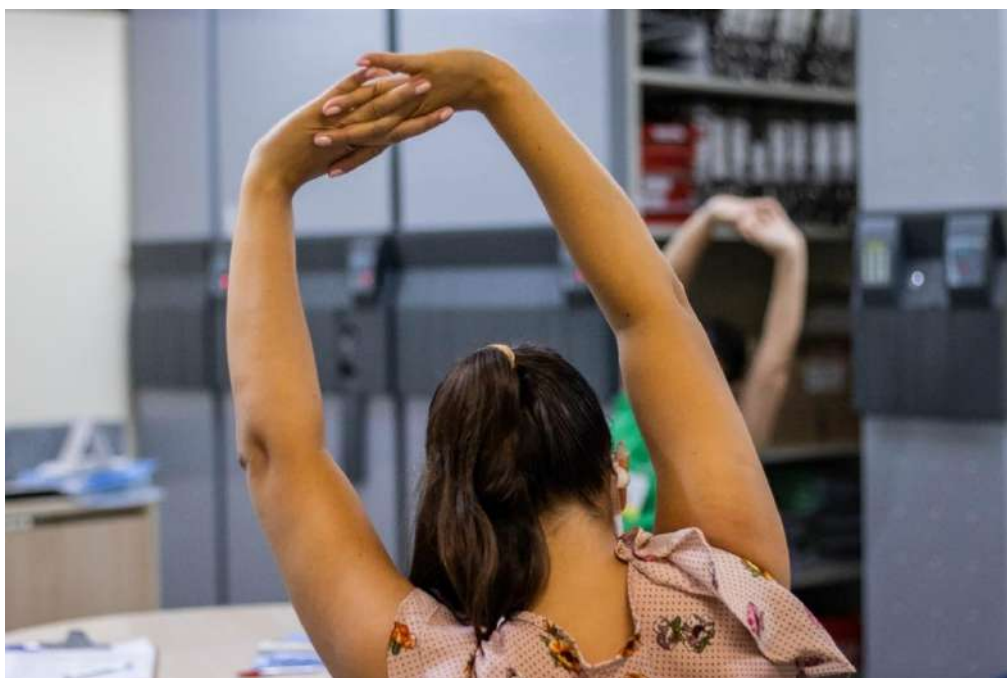


Figura 114 – Divulgação da programação do e-SIPAT da Agir, 2020.

e-SIPAT 2020

Tema: **Como as Atitudes e Emoções Influenciam na Saúde Mental** Plataforma: **Google Meet**

Programação E-SIPAT:

- 08/09/2020**
09h - 10h 30
Palestrante: Patrícia Alves
Tema: Roda da Vida - Reflexões sobre as áreas importantes da sua vida
- 09/09/2020**
09h - 10h 30
Palestrante: Marcela Lemes
Tema: Setembro Amarelo - Viver é a melhor opção: Precisamos falar sobre suicídio
- 10/09/2020**
15h - 17h
Palestrante: Carla Almeida Silva
Tema: A importância de se falar sobre IST e teste rápido para a saúde do trabalhador
- 11/09/2020**
09h - 10h
Palestrante: José Antônio
Tema: Comunicação efetiva para segurança do trabalhador
10h 30 - 11h
Palestrante: Gustavo Vival
Tema: Benefícios da meditação nos dias atuais - (momento de meditação)

*Sorteio de brindes durante as palestras

Figura 115 - Código de Conduta Ética

CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA

AMBIENTE DE TRABALHO

Um ambiente de trabalho seguro e saudável é construído por todos que atuam em nome da instituição, neste sentido, saiba as condutas desejáveis no Código de Conduta Ética da Agir.

Lembre-se de:

- Manter e promover um ambiente livre de acidentes;
- Atuar frente a uma boa convivência social, livre de qualquer preconceito.

• Leia na íntegra o Código de Conduta Ética da Agir pelo endereço abaixo ou o QR Code ao lado:
www.agirsaude.org.br/integridade

Estímulo à Produção

A produção assistencial de uma unidade hospitalar possui importância tanto na perspectiva da gestão dos serviços quanto na prestação de atendimento aos usuários, uma vez que os resultados de produção obtidos geram impacto direto na assistência prestada e na avaliação da qualidade resultante dos processos de trabalho.

A Agir tem sua atuação pautada na perspectiva da inovação e do aprendizado. Nesse sentido, torna-se fundamental conhecer os aspectos relativos aos recursos humanos, fazer o *benchmarking* com instituições semelhantes, buscando as melhores práticas para o alcance dos melhores resultados.

Como forma de estimular a produção de serviços de saúde e programas, será garantido no HECAD um ambiente de trabalho seguro, confortável, respeitando-se todas as legislações trabalhistas vigentes, com foco em pessoas e processos de trabalho e não apenas em resultados.

3.5.3 REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO

O registro e controle de colaboradores constitui-se numa das mais importantes atividades da área de RH. Esse processo permite a extração de informações acerca do adequado dimensionamento – força de trabalho, cobertura de serviço, capacidade produtiva instalada e valores de folha de pagamento.

A estrutura organizacional da Agir responsável por essa gestão, denominada de Serviço de Formalização de Pessoal, atua sob a luz da legislação trabalhista, previdenciária, acordos e convenções coletiva de trabalho, normativas internas e regulamento próprio. O setor responde, no plano tático e operacional, aos processos elencados contidos nas seguintes atribuições:

- Atender ao fluxo de processos admissional, demissional e remuneratório, conforme Procedimento Operacional Padrão definido para cada modalidade de contratação profissional;
- Orientar acerca da gestão do ponto - periodicidade, tratativas, escalas de cobertura;

- Prestar informações sobre as normativas, regramentos, contratos, Convenções Coletivas de Trabalho e suas repercussões, segundo vínculo e órgãos representativos da categoria profissional envolvida;
- Extrair dados do sistema eletrônico de ponto quanto aos dias efetivamente trabalhados, faltas, horas extras e atrasos, para composição da folha de pagamento;
- Formalizar o provimento de pessoal originado por demanda no quadro, reposição, remanejamento, promoção, etc., em consonância à natureza dos contratos;
- Gerenciar benefícios, quer de natureza obrigatória ou não;
- Gerar e analisar relatórios de contabilização da folha de pagamento, férias, rescisões e provisões de 13º salário e férias proporcionais, mensalmente;
- Gerar e conferir encargos trabalhistas na Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais Previdenciários e de Outras Entidades e Fundos - DCTFWeb, garantindo que as bases de cálculos estejam em conformidade com o sistema eletrônico utilizado pela Agir;
- Realizar o envio de tais verbas, via sistema eletrônico, para cumprimento fiel dos prazos previstos na legislação trabalhistas e previdenciárias, mensalmente;
- Realizar o cálculo mensal da folha de pagamento, de acordo com as informações alimentadas no decorrer do mês;
- Gerar os indicadores de gestão do departamento, acompanhamento sua evolução e fazendo análises destes indicadores, mensalmente;
- Realizar o cálculo de rescisão de contrato de trabalho;
- Realizar o cálculo de férias, conforme escala anual;
- Enviar declarações aos órgãos governamentais, tais como e-Social e DCTFWeb, entre outras que no decorrer do exercício se tornarem obrigatórias;
- Atualizar as informações contratuais e cadastrais dos colaboradores no sistema de folha de pagamento.

Para fins de agendamento e alteração de férias, será utilizada a normativa orientada pelo controle e cobertura de serviços, a saber:

Quando do agendamento de férias:

Neste caso, caberá ao gestor:

I - Observar a distribuição de colaboradores de férias em um mesmo período, ou ainda, o impacto direto nos períodos que antecedem e os subsequentes;

II - Considerar, quando o número de empregados num mesmo período exceder ao limite, os critérios de assiduidade e maior tempo de contratação;

III - Solicitar, sempre que possível, que o colaborador se atente, antecipadamente, para datas coincidentes, tais como férias familiares, férias acadêmicas, nascimento de filhos, etc.;

IV - É vedado o início das férias no período de 2 (dois) dias que antecede feriado ou dia de repouso semanal remunerado;

V - Desde que haja concordância do colaborador, as férias poderão ser usufruídas em até 3 (três) períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a 14 dias corridos e os demais não poderão ser inferiores a 5 (cinco) dias corridos, cada um.

Quando da alteração do agendamento de férias:

A alteração de férias poderá ocorrer por interesse do colaborador ou por necessidade do serviço, porém sempre necessitará da aprovação final do colaborador, podendo ser efetivada caso esteja em conformidade com algum dos motivos descritos a seguir:

I - Doença em pessoa da família que enseje o acompanhamento do colaborador;

II - Acréscimo ao período de Licença Maternidade, respeitadas as regras e os prazos definidos pelo e-Social, acerca do fim da licença e o início das férias;

III - Remanejamento do colaborador para outro setor;

IV - Imperiosa necessidade do serviço (iminência da implantação de novo serviço, déficit de pessoal, etc.).

O pedido de alteração deverá ser formalizado com antecedência mínima de 10 dias, com exceção ao item III, onde deverá ser obedecido o prazo mínimo de 45 dias, conforme segue:

- Na hipótese de necessidade do serviço, a alteração de férias deverá ser formalmente solicitada pelo gestor imediato, por meio de Comunicação Interna, na qual deverá constar assinatura e anuência expressa do colaborador;

- Caso o interesse seja do colaborador, a solicitação deverá ser formalizada por escrito, no qual deverá constar ciência e manifesto do gestor imediato, podendo ser aprovado ou não por este;
- Para os casos de adiamento, o prazo será contado a partir da data do início das férias previamente agendadas;
- Em caso de antecipação, contar-se-á o prazo a partir da data de início do novo período pretendido.

Modelo para Escalas com Simulado de Férias

Propõe-se para o HECAD as escalas de trabalho, preferencialmente, por meio eletrônico ou o uso do seguinte modelo de documento:

Figura 116 – Tela da escala de trabalho no sistema eletrônico.

Totais do dia											
Avisos											
Jornadas											
Ocorrências											
Movimento diário											
Movimento											
Banco de Horas											
Saldo Banco de Horas Analítico											
Saldo Banco de Horas Sintético											
<input type="checkbox"/> Somente informações da data selecionada Configuração do Espelho: <input type="text"/> <input type="text"/>											
[x]	Data	Dia	Horas base	Horas trabalhadas	Atraso	Falta	Abono	Extra executado	Extra autoriz.	Adicional noturno	Sobreav
<input type="checkbox"/>	20/10/2021	QUA	08:00	08:27	00:00	00:00	00:00	00:27	00:27	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	21/10/2021	QUI	08:00	09:08	00:00	00:00	00:00	01:08	01:08	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	22/10/2021	SEX	08:00	08:44	00:00	00:00	00:00	00:44	00:44	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	23/10/2021	SAB	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	24/10/2021	DOM	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	25/10/2021	SEG	08:00	08:55	00:00	00:00	00:00	00:55	00:55	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	26/10/2021	TER	08:00	09:33	00:00	00:00	00:00	01:33	01:33	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	27/10/2021	QUA	08:00	08:35	00:00	00:00	00:00	00:35	00:35	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	28/10/2021	QUI	08:00	08:21	00:00	00:00	00:00	00:21	00:21	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	29/10/2021	SEX	08:00	08:54	00:00	00:00	00:00	00:54	00:54	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	30/10/2021	SAB	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	31/10/2021	DOM	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	01/11/2021	SEG	08:00	08:00	00:00	08:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	02/11/2021	TER	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	03/11/2021	QUA	08:00	08:32	00:00	00:00	01:10	01:42	01:42	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	04/11/2021	QUI	08:00	09:20	00:00	00:00	00:00	01:20	01:20	00:00	00:00
<input type="checkbox"/>	05/11/2021	SEX	08:00	08:11	00:00	00:00	00:00	01:11	01:11	00:00	00:00

ESCALA MENSAL DE SERVIÇO											Logo do Município		Logo da Unidade																			
SETOR:			SERVIÇO:			CARGO:																										
MÊS:			ANO:																													
ORD.	NOME	SITUAÇÃO	C.H.	HORÁRIO DE TRABALHO	DIAS DO MÊS																											
					DIAS DA SEMANA																											
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1			Xh	X:XX – XX:XX																												
2			Xh	X:XX – XX:XX																												
3			Xh	X:XX – XX:XX																												
4			Xh	X:XX – XX:XX																												
5			Xh	X:XX – XX:XX																												
6			Xh	X:XX – XX:XX																												
7			Xh	X:XX – XX:XX																												
8			Xh	X:XX – XX:XX																												
9			Xh	X:XX – XX:XX																												
10			Xh	X:XX – XX:XX																												
11			Xh	X:XX – XX:XX																												

ORIENTAÇÕES:

CABEÇALHO: Inserir as informações 'SETOR', 'SERVIÇO', 'CARGO', 'MÊS' E 'ANO'.

COLUNA 'NOME': Informar o nome completo de seu (s) colaborador (es).

COLUNA 'SITUAÇÃO': Informar o status de seu (s) colaborador (es). Exemplo: ativo, licença, férias, pendente.

COLUNA 'C.H.': Informar a carga horária semanal de seu (s) colaborador (es).

COLUNA 'HORÁRIO DE TRABALHO': Informar o horário de entrada e saída de seu (s) colaborador (es).

LINHA 'DIAS DO MÊS': O primeiro 'X' **deve** corresponder ao dia 20. Os demais quadrantes seguem a ordem do mês vigente, lembrando que o último dia **deve** ser o 19.

LINHA 'DIAS DA SEMANA': Preencher com o dia da semana correspondente ao dia informado na linha na linha 'DIAS DO MÊS'.

LINHA 'LEGENDA': Acrescentar logo abaixo de 'LEGENDA' a relação das siglas inseridas na escala, com seu respectivo significado.

NOMENCLATURA 'SELEÇÃO EM ANDAMENTO': Inserir linha com esta nomenclatura, caso exista seleção já formalizada, junto ao RH.

Para estes casos, a coluna 'SITUAÇÃO' deverá constar a informação 'Pendente'

NOMENCLATURA 'NOVA CONTRATAÇÃO': Inserir linha com esta nomenclatura fazendo referência à contratação formalizada na Solicitação de Pessoal entregue junto a esta escala de trabalho.

Para estes casos, a coluna 'SITUAÇÃO' deverá constar a informação 'Pendente'

A quantidade de linhas constantes em sua escala, deve ser a quantidade de colaboradores existentes no serviço/setor que esta escala se refere. Portanto, você poderá excluir ou incluir linhas.

LEGENDA:

3.6. METODOLOGIA DE PROJETOS

3.6.1. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

Na presente proposta de trabalho, a AGIR se valerá de adequado planejamento conforme roteiro do edital para implantação conforme cronograma de execução e custos estimados do gerenciamento e operacionalização da Unidade de Saúde.

Objetivos específicos:

- Acompanhar e monitorar o desempenho das equipes e serviços, a partir de metas e indicadores;
- Colaborar na implantação de protocolos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e aqueles pactuados nas Regiões de Saúde abrangentes neste Edital para os serviços de saúde;
- Desenvolver linhas de trabalho que permitam o acesso da população abrangente de atendimento neste Edital, seguindo as diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, visando uma assistência integral e humanizada;
- Destacar fluxos de referência e contrarreferência com a Atenção Primária, por meio da educação em saúde.
- Prestar contas à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, por meio de relatórios e outras fontes de informação.

Ainda neste contexto, as premissas básicas utilizadas para o desenvolvimento e a execução do Plano de Trabalho estão baseadas nos seguintes princípios:

- Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Gestão Inteligente por meio de Indicadores de Produção e Desempenho;
- Educação Permanente em Saúde e Humanização;
- Gestão de Riscos: métodos de gerenciamento, controle, ações preventivas e planos de contingência.

CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS

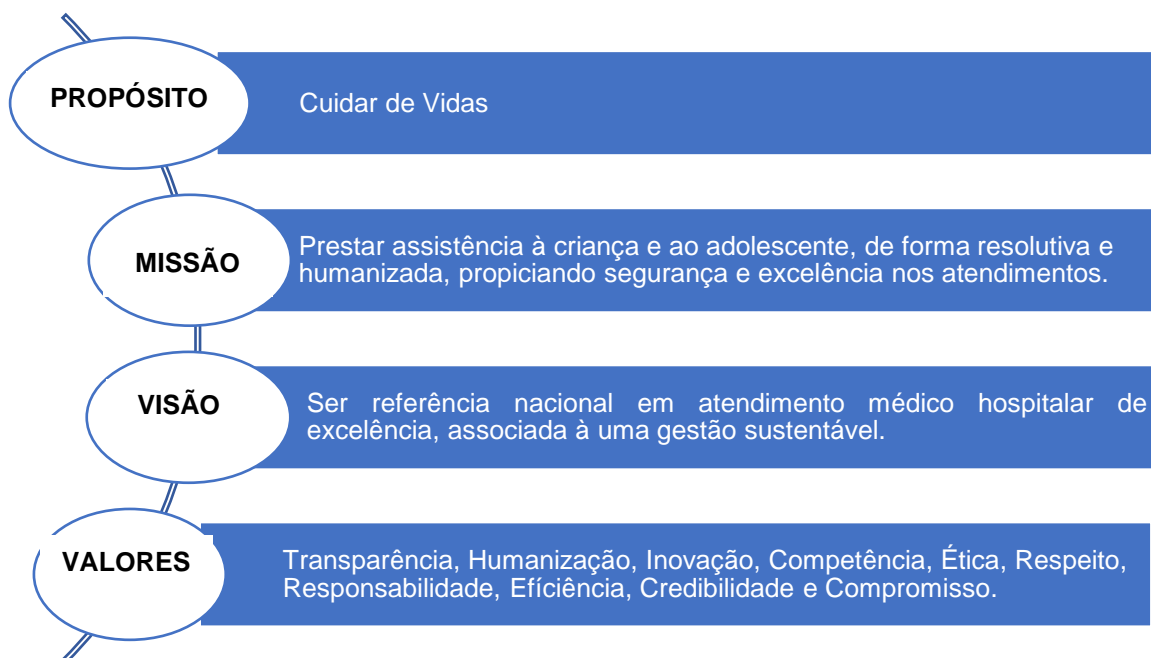
O cronograma de implantação dos serviços dispostos no Edital de Chamamento Público nº 05/2022-SES/GO seguirá o planejamento exposto no quadro a seguir.

Tabela 74 - Etapas ou fases de execução do plano de trabalho.

PLANEJAMENTO	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	MESES												
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	
Implantação dos Serviços Assistenciais na Unidade	Entrada da equipe na Unidade													
	Implantação do Programa de Acolhimento e Classificação de risco													
	Contratação de serviços de terceiros													
	Implantação das Comissões conforme Plano de Trabalho													
	Estruturação dos serviços assistenciais e de apoio													
	Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)													
	Implantação a Proposta de Regimento do Corpo Clínico													
	Implantação do Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde													
	Implantação da Proposta de Regimento Interno da Unidade													
	Implantação da Proposta de Regimento Interno de Enfermagem													
	Implantação dos Protocolos Assistencias de Atenção Médica													
	Implantação dos Protocolos Assistencias de Enfermagem													
	Implantação dos Protocolos Assistencias da Equipe Multiprofissional													
	Implantação dos Serviços de Diagnóstico e Terapêutico - SADT													
	Implantação do Serviço de Farmácia													
Implantação do Serviço Social														
Implantação dos Serviços de Prontuário do Paciente -SPP														
Implantação das iniciativas e Programas de Qualidade														
Implantação do Serviço de Nutrição														
Gestão de Indicadores para o cumprimento das metas contratuais	Implantação do Sistema de Apuração de Custos													
	Implantação de Painel de Indicadores de Produção e Desempenho													
	Monitorar e avaliar as exigências do Contrato de Gestão													
	Apresentação dos Relatórios de Prestação de Contas - Mensal/Anual													
Implantação das Rotinas Administrativas	Implantação das Rotinas Administrativas para o Faturamento de Procedimentos													
	Implantação das Rotinas Administrativas para Administração Financeira													
	Implantação das Rotinas Administrativas do Almoarifado\Patrimônio													
Gestão e desenvolvimento de Pessoas	Processo seletivo para contratação de profissionais													
	Integração e treinamento com os profissionais													
Gestão Inteligente	Implantação do sistema de gestão													
	Inclusão do Profissionais no CNES													
	Atualização da capacidade instalada no CNES													
Ensino e Pesquisa	Implantação de Processos Administrativos													
	Residência Médica													
	Residência Multiprofissional													
	Implantação de Projetos de Ensino e Pesquisa													

Obs.: As implantações de serviços seguirá um cronograma de acompanhamento e avaliação mensal

VISÃO DE FUTURO



ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO

A AGIR realizará o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão nas seguintes diretrizes:

- Encaminhará mensalmente, os dados informativos das atividades assistenciais realizada no HECAD, por meio dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde e de acordo com normas e prazos estabelecidos pela SES/GO;
- Emitirá relatório e/ou outras fontes de informação necessários para a avaliação mensal das atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde, com responsabilidade legal pelos dados registrados;
- Serão realizadas reuniões de alinhamento periódicas para discussão e operacionalização dos serviços, ainda na perspectiva de avaliação dos indicadores de desempenho;

- Em todas as atividades assistenciais executadas, a Agir utilizar-se-á de Boas práticas clínicas, com a complementaridade de orientações estabelecidas pela SES/GO;
- A Agir estabelecerá uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais (referência e contrarreferência);
- Desenvolverá áreas de informação/informática em consonância com as diretrizes da SES/GO;
- Manterá e disponibilizará todos os documentos fiscais e contábeis, sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes;
- A Agir promoverá um Plano de Educação Permanente, visando a qualidade do processo de trabalho e assistência prestada nos serviços;

CUSTOS ESTIMADOS

O custo anual proposto para o atendimento da presente proposta está estimado em **R\$ 12.818.723,60 (doze milhões, oitocentos e dezoito mil, setecentos e vinte três e sessenta centavos)**, conforme detalhamento na planilha financeira em anexo.

RESULTADOS ESPERADOS

A presente proposta tem o objetivo de desenvolver uma assistência à saúde que possa atuar sobre os problemas de saúde, por meio de metodologias e administração de recursos disponíveis, visando a aplicabilidade dos princípios da eficiência, eficácia e efetividade, resultando na garantia do cuidado às pessoas.

Ainda nesse contexto, a Agir visa contribuir com a articulação com a Atenção Primária, corroborando para a construção de uma Rede de Atenção à Saúde, oferecendo a população a promoção da integralidade das ações e serviços, resultando em maior qualidade de vida às pessoas.

Desta forma, este plano de trabalho visa estabelecer os seguintes resultados no HECAD:

- **Implantação dos Serviços Assistenciais na Unidade:** até o 6º mês após a assunção na Unidade.
- **Gestão de Indicadores para o cumprimento de metas contratuais:** até o 7º mês após a assunção na Unidade.
- **Implantação das Rotinas Administrativas:** até 60 dias após a assunção na Unidade.
- **Gestão e Desenvolvimento de Pessoas:** até 120 dias após a assunção da Unidade.
- **Gestão Inteligente:** durante todo o processo de operacionalização e execução do gerenciamento da Unidade.
- **Ensino e Pesquisa:** início das implantações a partir do 5º mês de assunção na Unidade.

Com este planejamento e a clara visão de futuro para o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, permite ao gerenciamento da Unidade o cumprimento de, no mínimo 90% da produção das metas contratuais, conforme cronograma de execução do plano de trabalho.

3.6.2. PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

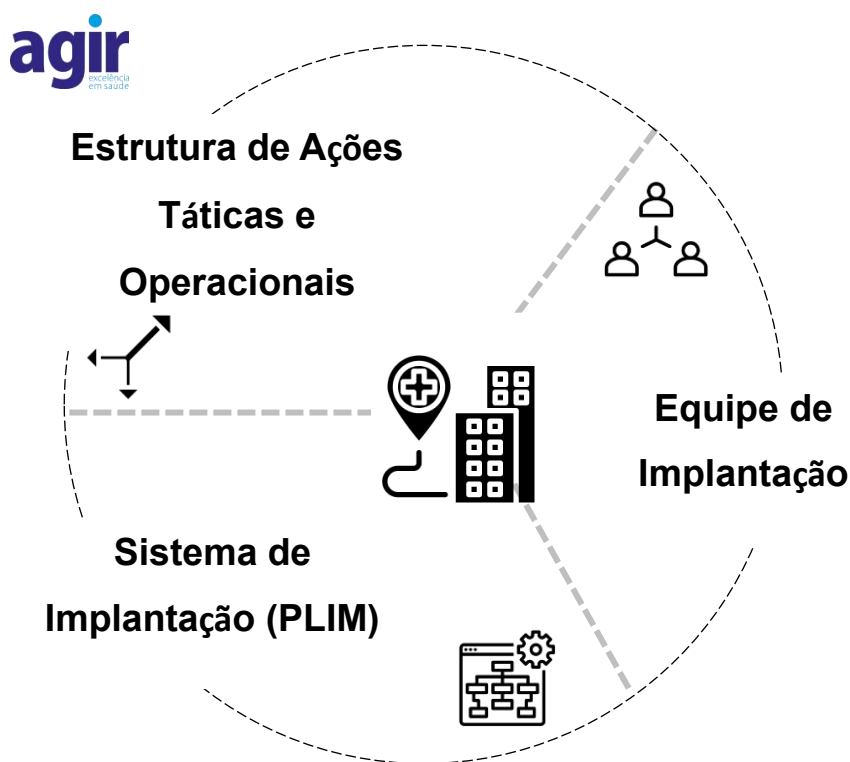
Para o projeto de estruturação da Unidade Hospitalar, a Agir dispõe do seu próprio modelo de implantação, estruturado em dois níveis, tático e operacional, contemplando as fases de planejamento da implantação, execução e monitoramento, validação e entrega.

Com o plano de implantação já estruturados com base nas fases mencionadas acima, será aplicado as ferramentas de gestão utilizadas pela Agir com a finalidade de gerenciar e mitigar os riscos envolvidos em todas as etapas do projeto com fito de assegurar o sucesso do projeto.

Para isso durante o planejamento será definido uma equipe com dedicação exclusiva para executar e monitorar as ações, a qual utilizará de um sistema idealizado e desenvolvido pela Agir para o gerenciamento de escopos associados a Plano de Implantação de Novas Unidades – PLIM.

Uma vez formada a equipe de implantação e estabelecida a ferramenta gerencial de suporte, será estruturado os 2 níveis de plano de ações dentro do sistema, tático e operacional, para que a implantação ocorra dentro do cronograma e custo definido.

Figura 117 - Modelo de implantação de projetos.



Composição da equipe de Implantação e execução; a equipe será composta por profissionais multiníveis contemplando as áreas técnicas, administrativas e operacionais.

Compete a equipe de Implantação; a equipe será responsável pela elaboração do projeto e distribuição das ações de implantação aos seus executores, sendo também

encarregada de garantir o atendimento aos prazos formalizados e declarados no cronograma.

Plano de Implantação de Novas Unidades – PLIM; compete ao sistema a estrutura tática e operacional de projetos/ações necessárias para a implantação de novas unidades, com objetivo principal de garantir a assertividade no gerenciamento das ações relacionadas aos planos traçados, trazendo agilidade ao processo de implantação e controlando as ações voltadas para o novo negócio, respeitando a hierarquização de responsabilidades da equipe no projeto.

Níveis táticos e operacionais; é por meio da estrutura dos projetos táticos que as ações operacionais serão desdobradas e repassadas aos seus executores, possibilitando melhor gestão, prazos factíveis e alcance aos resultados esperados, garantindo o êxito da implantação.

Destaca-se abaixo os principais eixos da estrutura tática do projeto de implantação e suas operações necessárias para implantação da Unidade Hospitalar;

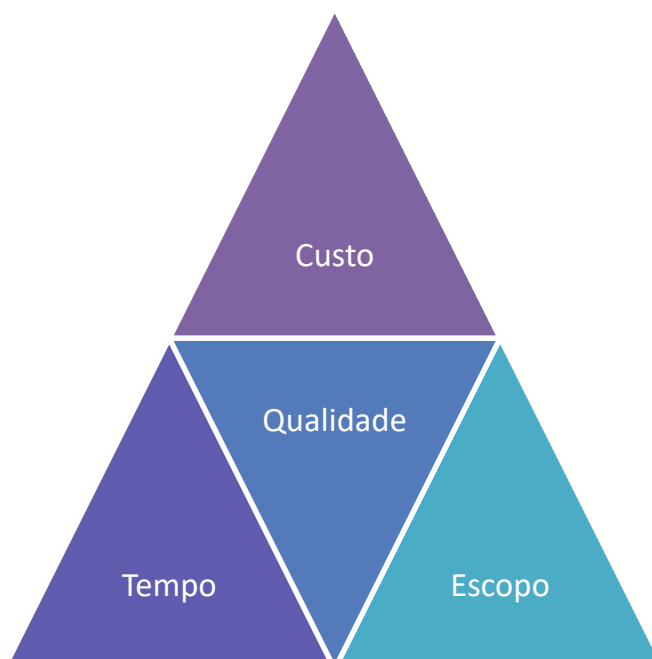
- **Recurso Humanos:** Trata-se da etapa destinada a execuções das ações para o recrutamento, seleção, capacitação e acultramento dos profissionais necessários para a operação da Unidade em conformidade com o dimensionamento definido.
- **Suprimentos:** Compete a execução das ações de aquisição, recebimento, acondicionamento e dispensação dos insumos, visando o abastecimento da Unidade Hospitalar para início das atividades e manutenção de suas operações.
- **Operações:** Será de responsabilidade da compreensão da capacidade inicial, a implantação dos fluxos interfuncionais, a da qualidade da operação, objetivando a garantia da satisfação e melhor experiência do usuário.
- **Assistência:** Compete na operacionalização prática dos serviços ofertados, com ações pautadas nos protocolos e procedimentos definidos para cada serviço.
- **Engenharia Clínica:** Será destinado as ações de levantamento, implantação, definição de procedimentos e treinamento dos equipamentos médicos necessários para a operacionalização dos atendimentos ofertados

- Manutenção: Compete a área de manutenção executar ações com finalidade de testar e validar a infraestrutura predial para garantir o pleno funcionamento de toda a Unidade.
- Financeiro/Contábil: Deverá executar as ações necessárias para garantir a disponibilização e sustentabilidade dos recursos financeiros conforme necessidade e diretriz de custos descritos em documento editalício da proposta.

Prospecção de novos projetos pós-implantação

Após a implantação da Unidade Hospitalar, visando a melhoria contínua dos processos e a inovação nos campos assistencial e operacional, a Agir instituirá na Unidade o Núcleo de Excelência Operacional – NEXO, sendo este um serviço de referência e porta de entrada para a gestão de projetos e inovação, corroborando com o desdobramento dos projetos estratégicos e táticos na Unidade Hospitalar, e implementando as boas práticas de projetos que já são utilizadas nas demais Unidades Hospitalares que compõem o portfólio Agir.

A abertura de novos projetos de melhoria na Unidade passa por uma avaliação e aprovação do nível estratégico da Unidade gerida, essa avaliação é feita através dos eixos demonstrados na figura abaixo:



- **Custo:** nesse eixo, fazemos a análise e provisionamos a necessidade de investimento de diversos recursos, através da definição de um orçamento detalhado, pensando na necessidade de aplicação de recursos em cada parte do projeto e os indicadores de custos totais do projeto;
- **Tempo:** como geralmente um projeto envolve várias etapas e atividades até que se possa chegar ao produto final, é vital pensar nas atividades envolvidas no projeto para planejamento assertivo dos prazos de cada uma e ganho em agilidade na implantação de um case de inovação/melhoria;
- **Escopo:** O Escopo do Projeto contempla os entregáveis que devem ser atendidos e entregues às partes interessadas para o sucesso do projeto. Geralmente esse eixo é representado na parte superior das figuras porque ele é o balizador para todos os outros eixos em qualquer projeto;
- **Qualidade:** Os três eixos acima em conjunto devem trazer uma qualidade ou o aumento da mesma, justificando a existência e sustentação de projetos, como estratégia de apoio às operações cada vez mais alinhadas ao estratégico e também trazendo projetos como insumo para a melhoria de desempenho e dos serviços prestados pela unidade. Seja com objetivo de atendimento de Demandas de mercado, Oportunidades e/ou necessidades de melhoria, Solicitação do Cliente, Oportunidade de Avanço Tecnológico e requisitos legais.

Para gestão de todos esses fatores, antes, durante e depois do projeto a AGIR apoia-se na tecnologia através de um software de gerenciamento de projetos pautado nos eixos descritos acima, trazendo acompanhamento, controle e geração conhecimento através das lições aprendidas em cada projeto, trazendo benefícios, tanto para a gestora, como para a unidade gerida através da gestão do portfólio de projetos apoiada em uma metodologia e ferramentas consistentes.



PROPOSTA FINANCEIRA

agir

1989

**PLANILHA
FINANCEIRA**

ORÇAMENTÁRIA:

PROPOSTA

ITENS DE DESPESAS	MÊS 01	MÊS 02	MÊS 03	MÊS 04	MÊS 05	MÊS 06	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	TOTAL
1. Pessoal	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	7.575.640,75	90.907.689,06
1.1. Salários	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	2.617.166,84	31.406.002,03
1.2. Outras Formas de Contratação*	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	3.887.867,96	46.654.415,56
1.3. Fnc. Benef. de 1.1 e 1.2	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	1.070.605,96	12.847.277,47
2. Medicamentos	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	434.142,74	5.209.712,88
3. Materiais	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	525.759,00	6.309.108,00
3.1. Materiais Hospitalares	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	502.475,64	6.029.707,68
3.2. Gases Médicinais	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	23.283,36	279.400,32
4. Materiais Diversos	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	23.834,23	286.010,70
4.1. Material de Higienização	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	7.467,57	89.610,78
4.2. Gêneros Alimentícios	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	3.000,00	36.000,00
4.3. Material Expediente	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	9.666,66	115.999,92
4.4. Combustível	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	3.500,00	42.000,00
4.5. GLP	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	2.400,00
5. Serviços de Apoio	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	4.795.649,52
5.1. Laboratório	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	399.637,46	4.795.649,52
6. Manutenção	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	1.545.390,48
6.1. Material / Serviços	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	128.782,54	1.545.390,48
7. Seguros/Impostos/Taxas	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	802,40	9.628,80
7.1. Seguros	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	250,00	3.000,00
7.2. Impostos/Taxas	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	552,40	6.628,80
8. Telefonia	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	5.547,45	66.569,40
9. Água	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	20.112,28	241.347,36
10. Energia Elétrica	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	205.905,27	2.470.863,24
11. Prestação de Serviços Terceiros	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	2.945.294,09	35.343.529,08
12. Informática	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	45.848,30	550.179,60
13. SUB - TOTAL	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	12.311.306,51	147.735.678,12
14. Servidores cedidos	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	472.950,37	5.675.404,44
15. Residência Médica	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	34.466,75	413.601,00
16. TOTAL GERAL	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	12.818.723,60	153.824.683,00

Nota: * Serviços Médicos - Contratação P/Cooperativa

Valor de repasse para custeio mensal: doze milhões oitocentos e dezoito mil setecentos e vinte e três reais e sessenta centavos.

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref.: Chamamento Público nº 05/2022

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei no **Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD)**, localizado na Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO, CEP: 74863-025, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 05/2022.

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

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

Em Goiânia, 10 de junho de 2022.

LUCAS PAULA DA
SILVA:89482875168


Assinado de forma digital por
LUCAS PAULA DA
SILVA:89482875168
Dados: 2022.06.10 16:26:52 -03'00'


LUCAS PAULA DA SILVA
Superintendente Executivo da AGIR
Representante legal da Organização Social de Saúde

 @agirsaude

 /agirsaude

 /agir.saude

 /tvagir

 /agirsaude

 secretariageral@agirsaude.org.br

 (62) 3995-5406

 Av. Olinda com Av. PL3, Qd. H4 Lt 1,2,3 Ed. Lozandes Corporate Design,
Torre Business, 20º Andar, Parque Lozandes. Goiânia - Goiás - CEP: 74884-120