



Instituto
patris

®

PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME 24 HORAS/DIA, NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HECAD, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO N° 05/2022-SES/GO

VOLUME I



PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME 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-SES/GO

PROCESSO: 202100010054420

TIPO: MELHOR TÉCNICA

INSTITUIÇÃO: **INSTITUTO PATRIS**

CNPJ: 37.678.845/0001-40

OBJETO:

Seleção de Organização Social em saúde para 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 Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, localizado na Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO, CEP: 74863-025, por um período de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação de seu resumo na imprensa oficial, podendo ser prorrogado sempre que houver interesse das partes.

SUMÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE	5
2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	7
2.1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE – HECAD	8
2.2. CAPACIDADE INSTALADA DA UNIDADE	9
2.3. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL PROPOSTO	9
2.4. METODOLOGIA DE TRABALHO.....	14
2.5. LINHAS DE SERVIÇOS.....	22
2.6. INDICADORES DE METAS DE PRODUÇÃO	27
2.7. INDICADORES DE METAS DE DESEMPENHO	30
3. ÁREA DE ATIVIDADE.....	31
3.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES – IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	32
3.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS.....	32
3.1.2. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS ADMINISTRATIVOS	67
3.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS.....	92
3.1.4. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE	132
3.2. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES – IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO	156
3.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS.....	156
3.2.2. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE	187
3.2.3. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	211
3.2.4. PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO	254
3.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO.....	306
3.3. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES – IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	333
3.3.1. PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS.....	333
3.3.2. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO.....	441
3.3.3. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS.....	485
3.3. INCREMENTO DE ATIVIDADES.....	517
3.3.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS.....	517
4. ÁREA DE QUALIDADE.....	530
4.1. QUALIDADE OBJETIVA.....	531
4.1.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	532
4.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM.....	546
4.1.3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	565
4.1.4. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES	584

4.1.5. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA	598
4.1.6. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	612
4.1.7. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE	635
4.1.8. COMITÊ TRANSFUSIONAL	648
4.1.9. COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR	660
4.1.10. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	670
4.1.11. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR	686
4.1.12. COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE	697
4.1.13. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	715
4.1.14. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS	729
4.1.15. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA	740
4.1.16. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO	764
4.1.17. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)	777
4.1.18. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	803
4.1.19. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)	812
4.1.20. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	823
4.1.21. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA	833
4.1.22. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE	845
4.1.23. COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE	872
4.1.24. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)	885
4.1.25. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)	902
4.1.26. COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO INFANTIL	913
4.1.27. COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)	926
4.1.28. COMITÊ DE COMPLIANCE	938
4.1.29. OUTRAS COMISSÕES	949
4.2. QUALIDADE SUBJETIVA – ACOLHIMENTO	961
4.2.1. MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	962
4.2.2. INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS E CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS	991
4.3. QUALIDADE SUBJETIVA – ATENDIMENTO	994
4.3.1. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO AS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, PROPOSTAS DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, COM ÊNFASE AOS USUÁRIOS IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE	994
4.3.2. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO	1009
5. QUALIDADE TÉCNICA	1028
5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA ORGANIZAÇÃO OU DOS GESTORES DO CORPO DIRETIVO (ANEXO VIII)	1028
5.1.1. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS	1030
5.1.2. 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	1035

5.1.3. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR. A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS	1039
5.2. ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA	1043
5.2.1. APRESENTAÇÃO DE ORGANOGrama DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO	1043
5.2.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO/GESTÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES (ANEXO VIII)	1057
5.2.3. EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE LICITADA	1066
5.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR	1078
5.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO	1078
5.3.2. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM, NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA	1079
5.3.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, ONCOLOGIA E PEDIATRIA	1080
5.3.4. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMIARIAS, DESTAQUE PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS	1081
5.3.5. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA (POR ESPECIALIDADES) OBSERVADOS, EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA	1082
5.3.6. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL, COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO	1085
5.3.7. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMIARIAS, UTI, CME, BLOCO CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA	1087
5.4. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	1088
5.4.1. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA	1088
5.4.2. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA	1096
5.4.3. NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA	1116
5.4.4. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE	1124
5.4.5. APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES	1148
5.4.6. APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL	1163
5.5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	1194
5.5.1. APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES	1194
5.5.2. PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTISMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO	1209
5.5.3. REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO	1231
5.6. METODOLOGIA DE PROJETOS	1236
5.6.1. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS	1236

5.6.2. PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO	1248
7. DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA.....	1251
DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA.....	1251
7.1) DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE.....	1252
8. Anexo I – MANUAL DO PROCESSAMENTO DE ROUPAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	1253
9. ANEXO II – MANUAL DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE....	1253
10. ANEXO III – MANUAL DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES	1253
11. ANEXO IV – GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE OS ASPECTOS GERAIS NA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE LIMPEZA, ASSEIO E CONSERVAÇÃO.....	1253
12. ANEXO V – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA.....	1253
13. Anexo vi – protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade	1253
14. ANEXO VII – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM, NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIA, UTI, CME, BLOCOS CIRÚRGICOS, ONCOLOGIA E PEDIATRIA	1253
15. ANEXO VIII – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA E TITULAÇÃO, DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E SEUS GESTORES	1253

1. IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PROPONENTE

Nome: INSTITUTO PATRIS

CNPJ: 37.678.845/0001-40

Data da Fundação: 03/07/2020

Endereço: Rua Antônio João, N° 276, Sala 02, Centro Norte

Município: Cuiabá

CEP: 78.005-410

UF: MT

Telefone: (62) 4018-2402

E-mail: contato@institutopatris.org.br

Presidente: Vittor Arthur Galdino

O INSTITUTO PATRIS é uma Organização Social, entidade do terceiro setor, de constituição nacional, sem fins lucrativos.

O INSTITUTO nasceu da ideia de amor e respeito à nossa terra e ao nosso povo. A instituição foi construída em pilares sólidos, comprometidos com o bem comum e o comprometimento em fazer o melhor para o desenvolvimento da nossa população, com todos os recursos disponíveis, porém de maneira responsável, ética e humana.

Temos por finalidade estatutária, a realização de atividades nas áreas de saúde, educação, ensino, esporte, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação de meio ambiente, arte e cultura, turismo, desenvolvimento social, e comunicação.

O Instituto Patris almeja ser referência nacional na gestão de serviços públicos e privados, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade, por meio da utilização de modernas ferramentas de gestão, do desenvolvimento de soluções tecnológicas, com profissionais altamente qualificados de diversas áreas, tendo como foco a atuação sustentável, ética e transparente.

Os objetivos da Instituição são voltados para a promoção da qualidade dos serviços prestados à sociedade, gerir os recursos financeiros de forma a otimizá-los, buscando a redução de despesas consideradas desnecessárias e definindo prioridade nos gastos e manutenção daqueles necessários à operacionalização dos serviços.

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

O INSTITUTO PATRIS, é uma entidade que preza pela execução dos serviços assistenciais de saúde de qualidade, com menor custo possível para o Erário e máxima eficiência, aplicando as diretrizes do Gerenciamento por Resultados, como foco na satisfação do cliente, no caso, o usuário do SUS.

O INSTITUTO atua com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos, de relevância e que privilegiem o ser humano, sua coparticipação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas, científicas e práticas de gestão em saúde, contribuindo com construção de uma sociedade justa, fraterna, participativa e solidária.

Essa proponente, apresentará a metodologia de gerenciamento por resultados proposta para o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD.



2.1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE – HECAD

O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) é caracterizado como 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. Também é referência para reabilitação de fissuras lábio-palanas (Programa CERFIS) e hemangiomas.

Nome: Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD

CNES: 0965324

Endereço: Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO.

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 Complexo Regulador Estadual.

2.2. CAPACIDADE INSTALADA DA UNIDADE

O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, possui leitos gerais e leitos complementares, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

ESTRUTURA	QUANTITATIVO
UTI Pediátrica	30
Clínico Pediátrico	50
Cirúrgico Pediátrico	56
Crônico Pediátrico	10
Pronto Socorro Pediátrico - Observação	18
Pronto Socorro Pediátrico - Emergência (sala vermelha)	04
Sala de pequenos procedimentos	01
Centro de Infusão	01
Centro Cirúrgico (Salas)	08
RPA	15
Consultório Ambulatorial	15
Consultório Odontológico	02
Leitos Dia	18

2.3. CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL PROPOSTO

O Sistema Único de Saúde – SUS foi instituído na Constituição de 1988, nos arts. 196 a 200, e é resultado de um longo debate entre diversos segmentos da sociedade civil

que foi exteriorizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que foi precedida de uma ampla mobilização social.

O relatório final da Conferência indicou que deveria haver a reorganização do sistema, com a separação entre saúde e previdência social, devendo haver uma reorganização dos serviços de saúde com a descentralização na gestão dos serviços e regionalização e hierarquização das unidades prestadores de serviços.

O SUS nasceu num ambiente em que a saúde era centralizada, concentrada e não hierarquizada, e foi precedido pelas Ações Integradas de Saúde – AIS e o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados – SUDS, sendo necessário a positivação das normas e diretrizes do SUS na Constituição, instituindo “tarefas para o Estado”, com objetivo de descentralizar, regionalizar e hierarquizar a prestação do serviço.

Apesar de instituído em 1988, a implantação do SUS efetivamente se iniciou em 1990, após a sanção da Lei nº 8.080, denominada de Lei Orgânica do SUS, na qual foi regulamentada parte dos dispositivos constitucionais, e Lei nº 8.142, que obrigou a instituição dos Conselhos de Saúde e Fundos de Saúde como pré-requisito para que os entes federados recebessem recursos financeiros para a saúde.

A primeira tentativa de introduzir, no Brasil, a administração pública gerencial, deu-se em 1967 – por intermédio do Decreto-Lei nº 200, que promovia uma radical descentralização da administração pública brasileira. O DL 200 promoveu a transferência das atividades de produção de bens e serviço para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, bem como a instituição da racionalidade administrativa, planejamento, orçamento, descentralização e controle de resultados como princípios.

A Administração Gerencial também teve seus lineamentos básicos no "Plano Diretor da Reforma do Estado" e na obra do ex-Ministro Bresser Pereira, para quem ela se apresenta como uma "nova forma de gestão da coisa pública mais compatível com os avanços tecnológicos, mais ágil, descentralizada, mais voltada para o controle de resultados do que o controle de procedimentos, e mais compatível com o avanço da democracia em todo o mundo, que exige uma participação cada vez mais direta da sociedade na gestão pública.

A Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, à Constituição de 1988, que, entre outros assuntos, "modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas", deixou bastante claro marco da transformação da administração pública burocrática para a gerencial, no contexto mais amplo da reforma do Estado brasileiro.

Os aspectos da administração gerencial assemelham-se às técnicas utilizadas pelas empresas privadas, em especial, o caráter competitivo e a contenção de gastos priorizando a eficiência e a qualidade dos serviços.

Cabe ressaltar que a administração gerencial teve seu notório avanço dentro da administração pública, contudo não rompeu em todos os sentidos com a administração burocrática, sendo impossível negar todos os métodos e princípios apresentados por tal instituto, pois o gerencialismo se apoia como por exemplo, na burocracia.

**MISSÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE –
HECAD.**

A razão de ser de uma organização é representada pela missão, que possui a função de individualizar e distinguir a organização em relação às demais do mesmo segmento, com características de concisão, consistência e transmissão de credibilidade. Assim, atua como uma "mão invisível" que guia os colaboradores em direção a um trabalho independente e coletivo. A missão é atemporal e incorpora o principal propósito e a identidade da organização. Dessa forma, a missão do HECAD está formulada nos seguintes termos:

Missão: Ser uma Unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência e ambulatorial em Pediatria e referência para reabilitação de fissuras lábio-palatinas e hemangiomas, tratando o usuário com qualidade assistencial, dignidade e humanidade.

VISÃO DE FUTURO

Com um olhar para o futuro, a visão descreve a situação desejada para o HECAD. É, portanto, a síntese dos desejos e das aspirações quanto ao perfil institucional da organização. Desafiante e mobilizadora, a visão é um sonho possível que deve ser conquistado por meio de esforços coordenados de todos que trabalham para o crescimento da instituição

Visão: Ser referência regional em resolubilidade terapêutica e na relação custo/paciente, tornando-se um padrão de excelência em atenção à saúde e humanização no atendimento, mediante uma gestão eficiente, transparente e sustentável.

VALORES

As organizações são orientadas por valores, que se constituem como os parâmetros básicos que direcionam a administração, o funcionamento e os relacionamentos interno e externo. Constituído por cinco pilares, conforme apresentado abaixo, os valores que regem o HECAD são a base de qualquer ato decisório tomado pela organização. Ademais, são inegociáveis e atemporais e devem imprimir coerência entre a estratégia e as ações.

- **Segurança:** Comprometimento pleno com a segurança do paciente, colaboradores, visitantes, acompanhantes, prestadores de serviços e terceirizados
- **Empatia:** Compromisso com a percepção de cada indivíduo na atitude de acolhê-lo nas diferentes necessidades.
- **Excelência:** Fazer certo desde a primeira vez.
- **Espírito Único:** Equipe coesa, motivada, integrada e disposta a apoiar a execução, independentemente da sua atribuição principal.
- **Transparência:** Ações e resultados disponíveis a todos os interessados.

A Proposta de Valor

A Proposta de Valor é a combinação de elementos que atendem às necessidades de determinados públicos. Cada um tem características e necessidades específicas, que, para serem atendidas de forma eficaz, exigem uma atuação diferenciada, justificando distintos relacionamentos. Nesse sentido, ela evidencia o valor a ser gerado para o seu

público de interesse. Portanto, o Hospital assume compromissos específicos com cada um dos seus público-alvo, conforme apresentado a seguir:

Público-alvo	Proposta de Valor
Pacientes	<ul style="list-style-type: none">• Atendimento ágil, acolhedor e de qualidade
Governo/SES	<ul style="list-style-type: none">• Apoio às políticas públicas de saúde• Atendimento às metas contratuais pactuadas
Instituições de Ensino	<ul style="list-style-type: none">• Parceria na formação de profissionais e no desenvolvimento de pesquisas aplicadas
Colaboradores	<ul style="list-style-type: none">• Ambiente de trabalho acolhedor, com oportunidades de desenvolvimento profissional e realização pessoal
Órgãos de controle	<ul style="list-style-type: none">• Transparência no uso dos recursos públicos
Fornecedores e prestadores de serviços	<ul style="list-style-type: none">• Diálogo transparente e conciliador

2.4. METODOLOGIA DE TRABALHO

O Instituto Patris utilizará a expertise adquirida no gerenciamento de outras unidades para implantar e desenvolver os processos de trabalho que terão por objetivo promover a Qualidade Técnica do atendimento prestado ao usuário, dispondo de colaboradores treinados e capacitados.

A Gestão de Serviços será feita dentro da filosofia do Instituto Patris em que serão aplicadas as técnicas do gerenciamento com foco no resultado primando pela qualidade da assistência com aplicação eficiente dos recursos financeiros repassados ao Instituto.

A Gestão de Recursos Humanos será iniciada com a realização de processo seletivo para composição do quadro de colaboradores, com capacitação prévia na área de atendimento da unidade e será desenvolvida por meio da implantação de um sistema de remuneração adequado, composto por uma parcela fixa e outra variável, atrelada ao cumprimento de metas fixadas pelo Instituto e aperfeiçoada por processo de formação continuada considerando as necessidades da população atendida na unidade.

A Articulação com a Rede de Serviços será feita em dois níveis, o tático e o operacional. Esse se dará por meio do Núcleo Interno de Regulação, canal de comunicação com a Central de Regulação do Estado, para encaminhamento e recebimento de pacientes.

QUALIDADE ASSISTENCIAL AO USUÁRIO

PILAR 1 – MODELO DE GESTÃO: RESOLUBILIDADE ASSISTENCIAL

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

É possível ser eficiente neste quesito, em observância aos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionam as ferramentas adequadas para alcançar a resolubilidade assistencial na unidade:

- Protocolos Clínicos definidos;
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos;

- Medição frequente dos Resultados (quantitativos, qualitativos e financeiros) alcançados propiciando o feedback para a eventual correção de rumos;
- Previsibilidade e medidas saneadoras/mitigadoras quanto à ocorrência de eventos adversos;
- Treinamento constante dos colaboradores visando o adequado atendimento humanizado e técnico dos usuários e a permanente atualização e divulgação das normas e procedimentos fundamentais para o perfeito funcionamento administrativo da Unidade;

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

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

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

É possível ser eficiente neste pilar, utilizando os 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um excelente nível de satisfação dos usuários da unidade:

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário;
- Medição frequente da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidorias etc.), e o imediato feedback para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário;
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na Unidade (Ouvidoria/Serviço de Atendimento do Usuário);
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário;

PILAR 3 – DO MODELO DE GESTÃO: GESTÃO EM SAÚDE EFICAZ

Definição: A gestão em saúde eficaz requer uma ampla variedade de ações, controles, medições, obtenção e divulgação de informações específicas para diversos interlocutores: colaboradores, usuários, fornecedores, entes públicos e privados, bancos etc.

Portanto são necessárias diversas ferramentas de gestão para que a gestão em saúde possa ser eficaz em todos os seus aspectos fundamentais:

- Satisfação do Usuário;
- Eficácia Operacional;
- Custos racionais e controlados;
- Divulgação da informação adequada e oportuna para cada interlocutor;

- Liderança no papel de promover a evolução e qualificação permanente dos colaboradores;
- Controle dos riscos tanto operacionais quanto ambientais;

É possível ser eficiente neste pilar, utilizando-se dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um nível de excelência em gestão na unidade;

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário;
- Fluxos Administrativos adequados, ágeis e oportunos;
- Medição frequente da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações, ouvidorias etc.), e o imediato feedback para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho para o atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário;
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar descontentamentos dos usuários durante o atendimento na Unidade;
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário;

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO GERENCIAL

- Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação);
- Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade;
- Oficialização das Políticas Institucionais;

- Segurança do Paciente;
- Registros Seguros;
- Gestão de Suprimentos;
- Gestão da Informação;
- Gestão de Pessoas;
- Gestão de Equipamentos;
- Qualificação de Fornecedores
- Consentimento Informado e Esclarecido;
- Definição das Lideranças;
- Realização de Planejamento Estratégico e Participativo;

INTERNALIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

- Governança Corporativa;
- Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos;
- Capacitação Técnica e Humana continuada para todas as equipes de trabalho;
- Compliance;
- Definição de Fóruns periódicos de acompanhamento de resultados (conforme diretrizes e metas do Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos;

Diante de todo o exposto o INSTITUTO PATRIS se compromete, por meio desta Proposta de Trabalho à:

- Cumprir os compromissos com as ações das agendas de prioridades estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde;

- Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor;
 - Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos;
 - Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos ou recomendados pela Secretaria Estadual de Saúde de Goiás;
 - Criar mecanismos técnicos, administrativos e de incentivos para garantir as ações de referência e contra referência para dessa forma garantir a continuidade e eficácia do cuidado;
 - Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva dos meios telefônicos e virtuais para marcação de exames, cirurgias, retorno de consultas, referências etc.
 - Participar da articulação e interlocução com os equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar a unidade na vida da população da área e ajudar a rede para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de saúde do Estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida da comunidade;
 - Adquirir, gerir e proceder eficazmente com a logística de suprimentos de serviços de saúde;
 - Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio, do terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-hospitalares
-

- Contratar e gerir profissionais de todas as áreas de acordo com a carteira de serviços da unidade;
- Executar diretamente ou subcontratar e gerir, quando for o caso, os serviços acessórios necessários ao funcionamento do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, conforme estabelecido no termo de referência, no contrato de gestão e nos respectivos anexos do Chamamento Público Nº 05/2022;
- Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- Garantir o sigilo das informações dos usuários;
- Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível, conciliar o menor preço e alta qualidade.

O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

- Universalidade;
 - Acessibilidade;
 - Coordenação do Cuidado;
 - Continuidade do Cuidado;
 - Integralidade;
 - Responsabilização;
 - Humanização;
 - Equidade;
 - Participação Social;
-

- Direito à informação sobre diagnóstico ao usuário;
- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS;

Além disto, estimulará a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O Plano Gerencial proposto é orientado para o gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde à população, no âmbito da assistência à saúde, tendo por diretrizes os princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS, e mantendo um canal de comunicação permanente entre os demais serviços que compõem a Rede Assistencial de Saúde do Estado de Goiás.

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo INSTITUTO PATRIS contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, conseqüentemente, bons resultados, cumprindo todas as metas contidas no Termo de Referência.

2.5. LINHAS DE SERVIÇOS

Para o funcionamento do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD serão consideradas as seguintes linhas de serviço:

- Internação
- 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;
- Atendimento Ambulatorial – Consultas Médicas e Multiprofissionais
- Atendimento Ambulatorial – SADT Externo
- Atendimento de Urgência
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Interno

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

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).

ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS HOSPITALARES

A Unidade Hospitalar irá dispor de atendimento às urgências e emergências referenciadas e porta aberta nas especialidades médicas de Pediatria e Ortopedia e Traumatologia (pediatria), atendendo a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pelo Complexo Regulador Estadual, durante 24h.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O Hospital irá disponibilizar consultas e procedimentos ambulatoriais para usuários egressos da própria Unidade. Também poderão ser encaminhados pacientes, em especialidades previamente definidas, com agendas ofertadas ao Complexo Regulador Estadual, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

As consultas ambulatoriais compreendem:

Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso

Interconsulta;

Consulta subsequentes (retornos);

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pelo Complexo Regulador Estadual ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

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.

Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria Instituição.

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

SADT EXTERNO

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 Complexo Regulador Estadual.

SERVIÇOS DE APOIO

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.

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.

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.

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.

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.

2.6. INDICADORES DE METAS DE PRODUÇÃO

A produção realizada será encaminhada pelo Instituto Patris 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).

São consideradas como Metas de Produção, os seguintes critérios.

Internações Hospitalares

Saídas Cirúrgicas Pediátricas

Saídas Clínicas Pediátricas

Cirurgias Eletivas/Programadas

Pediátricas

CERFIS

Consultas Ambulatoriais

Consulta Médica na Atenção Especializada (incluindo CERFIS)

Consulta Multiprofissional na Atenção Especializada (incluindo CERFIS)

SADT Externo

Exames e Ações de Apoio e Diagnóstico

Quadro Síntese de Metas de Produção do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD

Internações Hospitalares

A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 366 saídas hospitalares em clínica cirúrgica pediátrica, 77 saídas em clínica cirúrgica do CERFIS, 327 saídas em clínica pediátrica e 9 saídas em Clínica Pediátrica Crônica, com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

INTERNAÇÃO - SAÍDAS HOSPITALARES	META MENSAL	META ANUAL
Clínica Cirúrgica Pediátrica	366	4.392
Clínica Cirúrgica CERFIS	77	924
Clínica Pediátrica	327	3.924
Clínica Pediátrica Crônica	9	108

Cirurgias Programadas

A Unidade Hospitalar deverá realizar um número mensal de cirurgias programadas encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual, contudo, não deverá recusar pacientes encaminhados para atendimentos cirúrgicos de urgência e emergência, de acordo com os critérios da regionalização e seu papel na rede de saúde. Ou seja, o hospital deve realizar TODAS as cirurgias de urgência e emergência que lhe sejam referenciadas, com variação de $\pm 10\%$:

CIRURGIAS ELETIVAS	META MENSAL	META ANUAL
Clínica Cirúrgica Pediátrica	220	2.640
Clínica Cirúrgica CERFIS	77	924

Cirurgias Ambulatoriais

Consideram-se as Cirurgias Ambulatoriais as intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades, em pacientes que não necessitam de internação hospitalar.

CIRURGIAS AMBULATORIAIS	META MENSAL	META ANUAL
Cirurgias Ambulatoriais	154	1.848

Atendimento Ambulatorial

A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de atendimento ambulatorial em Consultas Médicas mensais de 2.500 consultas e multiprofissionais mensais de 500 consultas, com variação de até 10%.

CONSULTAS AMBULATORIAIS	META MENSAL	META ANUAL
Consulta Médica na Atenção Especializada	2.500	30.000
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	1.000	12.000
Procedimentos	131	1.572

SADT Externo

A Unidade Hospitalar deverá ofertar e realizar mensalmente 15 broncoscopia, 15 colonoscopia, 40 endoscopias, 80 Eletrocardiogramas, 80 Ecocardiogramas, 200 Ultrassonografias, 110 Tomografias e 200 Raio X para pacientes externos, com variação de até $\pm 10\%$, sendo os pacientes referenciados pelo Complexo Regulador Estadual.

EXAME	META MENSAL	META ANUAL
Broncoscopia	15	180
Colonoscopia	15	180
Endoscopia	40	480
Eletrocardiograma	80	960
Ecocardiograma Transtorácico	80	960
Tomografia	110	1.320

Raios-x	200	2.400
Ultrassonografia	200	2.400

2.7. INDICADORES DE METAS DE DESEMPENHO

Os Resultados dos Indicadores de Desempenho serão encaminhados pelo Instituto Patris 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).

Quadro Síntese de Metas de Indicadores de Desempenho do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD

INDICADORES DE DESEMPENHO	META
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 6 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 25
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	≤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)	≤ 3%
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%

3. ÁREA DE ATIVIDADE



3.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES – IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

3.1.1. FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS

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

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

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

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde (Hospital) correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT.

Neste panorama, dimensionamos as áreas de circulação em 03 principais:

Áreas Restritas: São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Centro Cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da Unidade.

Áreas Internas: São os ambientes gerais do Hospital onde circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da Unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, além claro de fornecedores. Para maior controle dos fluxos, classificamos por grupo de fluxos os envolvidos da seguinte forma:

1. Paciente Externo: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico. A circulação destes pacientes pela Unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita as áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados.

2. Paciente Interno: São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários/acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia.

3. Acompanhantes: São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na Unidade Hospitalar,

inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais.

4. Visitantes: É constituído de indivíduos que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

5. Funcionários: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação deles pode ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda a unidade.

Áreas Externas: São as áreas destinadas aos tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos no Hospitais, tais como:

1. Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância.
2. Paciente a ser internado (paciente interno).
3. Profissionais que atuam na unidade de saúde, se possível vaga de uso exclusivo.
4. Entrega de fornecimentos: materiais, medicamentos, gases, etc.
5. Remoção de resíduos.

Sobre os elementos 4 e 5 mencionados acima, vale o seu detalhamento da seguinte forma:

Insumos e materiais: São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material utilizado em exames e procedimentos, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas do HECAD verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve sempre ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e a Central de Material Esterilizado.

Remoção de resíduos e materiais contaminados: São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na própria fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais. Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversos ambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários.

De uma forma geral as restrições de fluxo permanecem importantes nas áreas críticas, conforme definidas pela RDC-50 (ambientes onde existe um risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes)

OS PRINCIPAIS TIPOS DE FLUXO

Ao analisarmos os fluxos propriamente ditos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos inter-funcionais (que se desenvolvem entre diferentes unidades funcionais) e os intra-funcionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

Fluxos Inter-funcionais:

O cuidadoso acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade.

Fluxos Intra-funcionais

Os fluxos que ocorrem dentro de uma mesma unidade podem ser divididos para efeito de avaliação em dois principais tipos: fluxos contaminados e fluxos sem riscos de contaminação. A avaliação destes fluxos é fundamental para a escolha dos procedimentos e a implantação, quando necessária, de barreiras físicas

Nas Lavanderias, por exemplo, o fluxo de roupas é considerado altamente contaminado na sala de recepção, classificação, pesagem e lavagem de roupa suja, ambiente contaminado que necessita requisitos arquitetônicos próprios como: banheiro, exaustão mecanizada com pressão negativa, local para recebimento de sacos de roupa suja por carros, tubulão ou monta cargas, espaço para máquina de lavar, ponto de água para lavagem do ambiente, pisos e paredes laváveis, ralos interfone ou similar e visores (RDC50).

Após a lavagem a roupa, já descontaminada, e que passou por uma máquina de lavar de porta dupla ou de barreira é recebida em uma sala contígua totalmente separada da sala de recepção, que com ela se comunica apenas por visores e interfonos.

A SETORIZAÇÃO

Conceitualmente explanados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais do HECAD.

Assim por exemplo o Apoio ao Diagnóstico deve ocupar uma posição estratégica em relação as unidades de atendimento, como os consultórios, garantindo lhes um fácil acesso aos meios de diagnóstico assim como a maior proximidade possível.

A decisão da melhor localização de uma unidade funcional pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim a CME geralmente é posicionada junto aos locais de procedimentos, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes locais.

Importante destacar a setorização, haja vista que eventuais mudanças poderão, eventualmente, ser contempladas no HECAD à partir de proposições junto à Secretaria de Estado de Saúde, de forma a otimizar o atendimento e prestá-lo ao usuário de forma eficiente e acolhedora.

RECEPÇÃO E PORTARIA

A Recepção e Portaria no HECAD é a unidade de serviço responsável pelo controle dos acessos, circulação e acolhimento dos usuários da unidade, sejam clientes, acompanhantes, fornecedores e até mesmo colaboradores.

A condição de bom funcionamento deste serviço é que define a primeira impressão quanto à imagem da instituição, desde que, as pessoas que vão a uma unidade de assistência à saúde quase sempre estão fragilizadas diante um problema de saúde, seu, ou de familiar, amigo ou dependente, premido por dificuldades que influem no seu emocional.

A impressão do usuário quando interagindo na unidade para atender as suas necessidades, sentindo-se ou não apoiado pela estrutura funcional da recepção é que se reproduz como a imagem idealizada da instituição na comunidade.

É fundamental compreender que atender o usuário não se resume apenas a tratá-lo bem, com cortesia, mas acrescentar benefícios aos serviços, objetivando superar as suas expectativas, com a oferta de informações corretas, completas, atualizadas e compreensíveis, de modo que sirvam de referência para que todos falem “a mesma língua” e haja a satisfação das necessidades do usuário.

A implantação de um serviço de Recepção e Portaria orientado para a prestação de serviços aos usuários implica em comprometimento da instituição, a começar por aqueles que determinam os rumos e as estratégias maiores da instituição.

Nesse contexto, é necessária a compreensão de como atender ao usuário da unidade evitando privilégios e prerrogativas não previstas na Lei, acolhendo-o com respeito e dignidade, sem discriminação, atento ao atendimento preferencial para idosos,

gestantes, pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, como àquelas acompanhadas por crianças de colo.

Atribuições do Serviço de Recepção e Portaria

- Informar aos usuários em relação à instituição, missão, valores e serviços;
- Direcionar os clientes para os consultórios e serviços de forma humanizada;
- Assegurar o ordenamento na recepção priorizando no atendimento às gestantes, pessoas deficientes e crianças;
- Fazer articulação entre usuários, profissionais e serviços;
- Procedimentos Gerais da Recepcionista: Receber cordialmente os visitantes;
- Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotinas da unidade;
- Conferir se os crachás de acompanhantes “presentes” são condizentes com os acompanhantes autorizados pelo enfermeiro responsável da unidade. Caso falte algum crachá, comunicar imediatamente ao Serviço Social.

Procedimentos Gerais dos Agentes da Portaria

O colaborador da portaria deve ter o zelo de:

- Somente permitir a entrada de acompanhantes nas dependências da unidade, quando devidamente identificados com o crachá adequado e de acordo com a portaria correspondente - observar se o crachá está posicionado no peito, em situação visível e sem nada para encobri-lo parcial ou totalmente;
- Conferir o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado;

- Informar aos acompanhantes que a unidade não se responsabilizará pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências das unidades;
- Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas;
- Não permitir a entrada de aparelhos eletroeletrônicos, salvo se devidamente autorizado formalmente pela Coordenação de Enfermagem, portando a via do “documento autorizativo”;
- Receber correspondências e outros documentos fazendo o devido protocolo de recebimento e providenciando encaminhamento;
- Coibir o ingresso de vendedores, ambulantes e assemelhado às instalações, sem que este esteja devida e previamente autorizado pela Unidade de Saúde Assistencial;
- Assumir o posto, devidamente uniformizados, e com aparência pessoal adequada;
- Comunicar imediatamente à Unidade Assistencial, qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter afixado no posto, em local visível, o número do telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, da Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental, dos responsáveis pela administração da instalação e outros interesses;
- Operar equipamentos de controle de acesso, inclusive em meios eletrônicos;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de empregados, acompanhantes ou pessoas, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao estabelecimento Assistencial;

- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando a manutenção das condições de segurança;
- Colaborar nas ocorrências de ordem policial por fatos ocorridos dentro das instalações da unidade facilitando, no possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;
- Manter-se no posto, não devendo se afastar de seus afazeres;
- Proibir a utilização do posto para guarda de objetos estranhos ao local, assim como bens particulares de empregados ou de terceiros;
- Comunicar à segurança a existência de aglomerações de pessoas junto ao posto;
- Repassar para os colegas que estão assumindo o posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações;

Todos os fluxos operacionais que serão adotados no HECAD compreenderão a circulação nas áreas restritivas, nas áreas externas e nas áreas internas; envolvendo toda a população assistida e seus respectivos acompanhantes, os profissionais de saúde, os profissionais da área administrativa e todos os profissionais envolvidos no dia a dia do HECAD. Serão instruídos de forma periódica e sistemática sobre os fluxos e rotinas adotados.

Os fluxos operacionais abrangendo as áreas externas e as áreas internas têm que se conectar de forma acessível e clara. Nas áreas restritivas pressupõe protocolos seguros e compatíveis com a práticas de procedimentos que serão contemplados no HECAD. Coadunando com o funcionamento hospital de forma segura, proativa e

primando pela total conectividade dos setores do HECAD. Contendo todas as informações necessárias para o bom desempenho da unidade hospitalar HECAD. De acordo com a ABNT NBR 9050:2020 1:

A rota acessível é um trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que conecta os ambientes externos e internos de espaços e edificações, e que pode ser utilizada de forma autônoma e segura por todas as pessoas. A rota acessível externa incorpora estacionamentos, calçadas, faixas de travessias de pedestres (elevadas ou não), rampas, escadas, passarelas e outros elementos da circulação. A rota acessível interna incorpora corredores, pisos, rampas, escadas, elevadores e outros elementos da circulação.

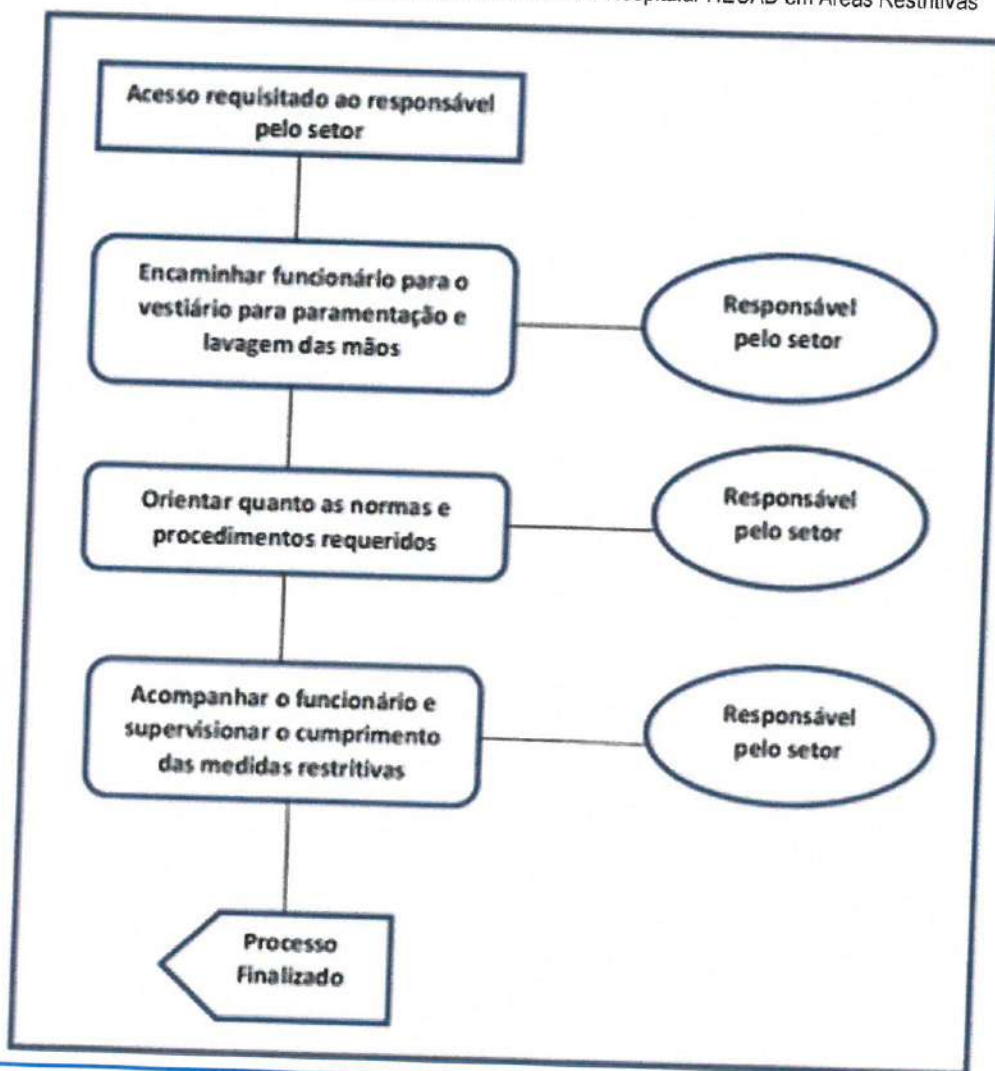
Os fluxos operacionais proporcionam o estabelecimento de políticas internas com eficiência e eficácia, tendo como metas as boas práticas no dia a dia da unidade hospitalar HECAD, reduzindo, dessa forma, a falta de informação e de comunicação e a exposição dos funcionários, dos usuários, dos fornecedores, dos prestadores de serviços, dos visitantes, dos acompanhantes no HECAD a situações de risco. Todas as medidas que serão implantadas têm o direcionamento em restringir ao máximo possíveis obstáculos que possam surgir na rotina de uma unidade hospitalar. É imprescindível a adoção concomitante de uma política de divulgação visual que sinalizará e identificará todos os setores do hospital. Mantendo, desta forma, os fluxos operacionais instituídos e bem estabelecidos.

ÁREAS RESTRITIVAS

Em relação aos fluxos operacionais em áreas restritas, o acesso tem que ser requisitado ao responsável do setor pretendido, sendo que todos que tiverem a autorização serão orientados quanto aos processos, às normas e aos procedimentos adotados pela unidade hospitalar HECAD.

Os funcionários serão constantemente supervisionados e monitorados em relação ao cumprimento de todas as medidas protocolares para a correta execução e funcionalidade de todos os setores do HECAD, denominados restritivos. O fluxo operacional de acesso de funcionários em áreas restritivas pode ser observado na Figura abaixo. Sistematizando de forma protocolar em cada setor com o seu respectivo responsável estabelecendo, por conseguinte, uma metodologia de acesso as áreas restritivas, minimizando as possíveis contaminações.

Fluxo Operacional de Acesso de Funcionários a Unidade Hospitalar HECAD em Áreas Restritivas

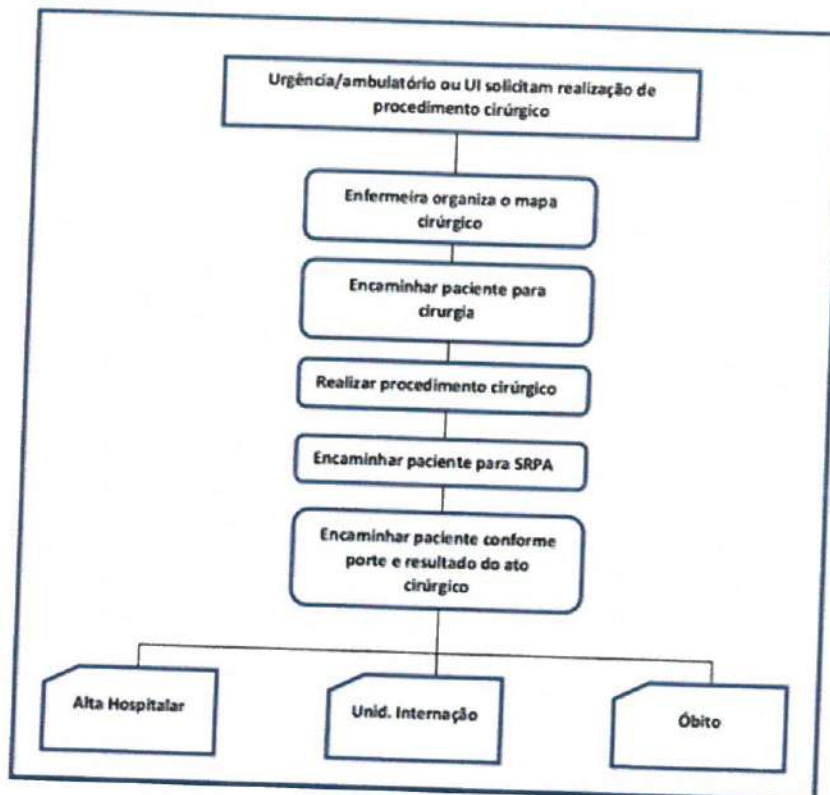


O fluxo de operacionalização dos usuários atendidos nas áreas restritivas na unidade hospitalar HECAD terá a circulação inspecionada para que sejam respeitados todos os protocolos de acesso. Evitando, dessa forma, a movimentação desnecessária nas suas respectivas áreas. Minimizando de sobremaneira o risco de proliferação de infecções e possíveis lacunas a serem, imediatamente, solucionadas.

As áreas restritivas são os ambientes em que há um alto risco de transmissão de infecção. O ambiente restritivo é um local onde são realizados procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Dentre elas, tem-se: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico. Observando-se que somente os profissionais de saúde da unidade hospitalar HECAD podem circular por estas áreas com roupas próprias, de acordo com o setor da unidade supracitada.

Fluxo Operacional do Centro Cirúrgico

O processo inicia com o prontuário do paciente para a internação. A área de enfermagem solicita a internação à recepção e esta recebe o paciente. Os familiares são orientados pelo serviço social, quando necessário, e a equipe multidisciplinar realiza o acompanhamento terapêutico. O fluxo operacional de procedimento cirúrgico da unidade hospitalar HECAD segue processos metodológicos específicos.



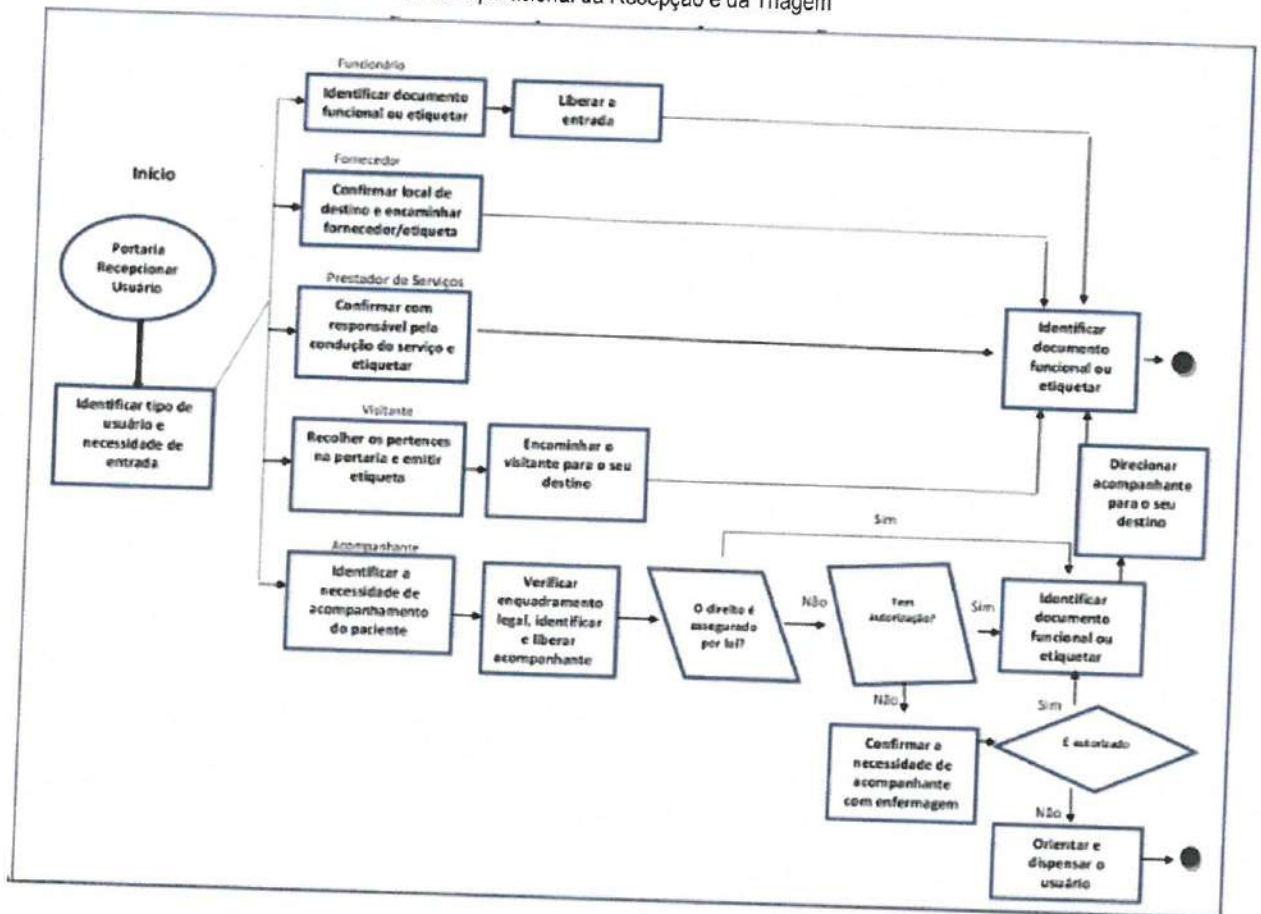
ÁREAS INTERNAS

Fluxo Operacional da Recepção e Triagem

O fluxo operacional de recepção e triagem deverá seguir uma metodologia que permita direcionar os diversos usuários que irão entrar na unidade hospitalar HECAD, que são funcionários, fornecedores, prestadores de serviço, visitantes, acompanhantes, dentre outros. Assegurando que todo o fluxo operacional de entrada do HECAD será monitorado de forma constante nos 7 (sete) dias da semana, nas 24h diárias e ininterruptas de funcionamento.

A recepção e a triagem é a primeira 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 enfermeiro. Nenhum paciente poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável e segura.

Fluxo Operacional da Recepção e da Triagem



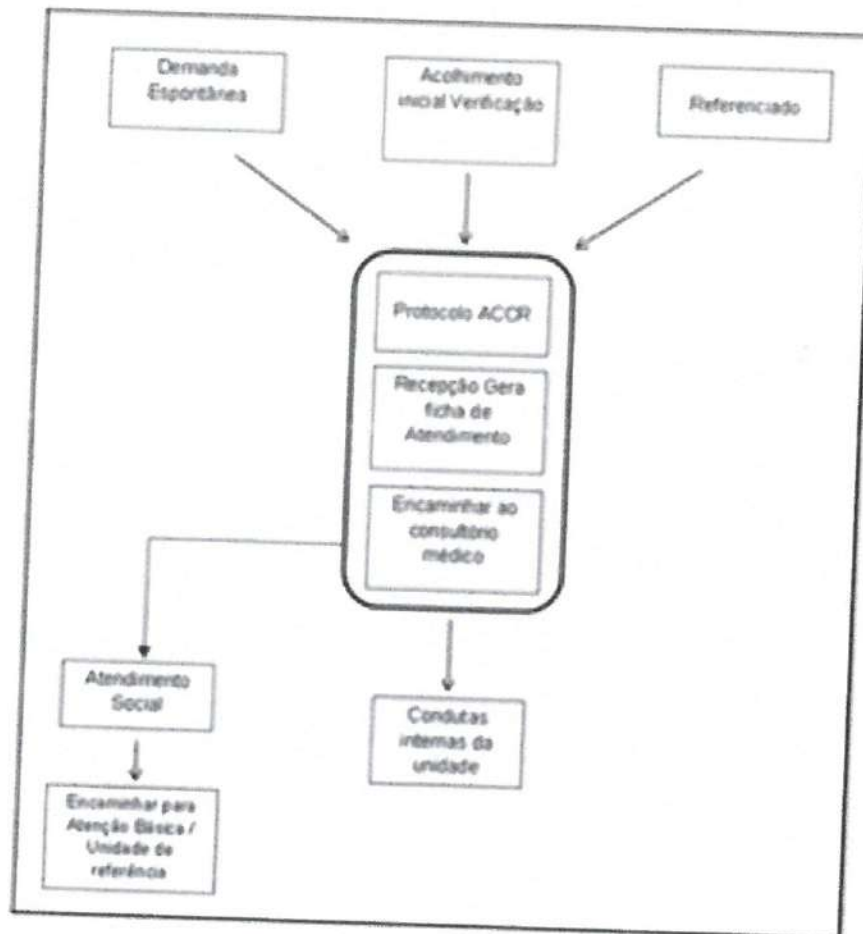
Fluxo Operacional do Acolhimento com Classificação de Risco

O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização.

A estratégia de implantação da sistemática do Acolhimento com Classificação de Risco possibilita abrir processos de reflexão e aprendizado institucional de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, pois necessariamente é um trabalho coletivo e cooperativo. Possibilita a ampliação da resolutividade ao incorporar critérios de avaliação de riscos, que levam em conta toda a complexidade dos fenômenos saúde/ doença, o grau de sofrimento dos usuários e seus familiares, a priorização da atenção no tempo, diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A Classificação de Risco deve ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado.

Fluxo Operacional do Acolhimento com Classificação de Risco



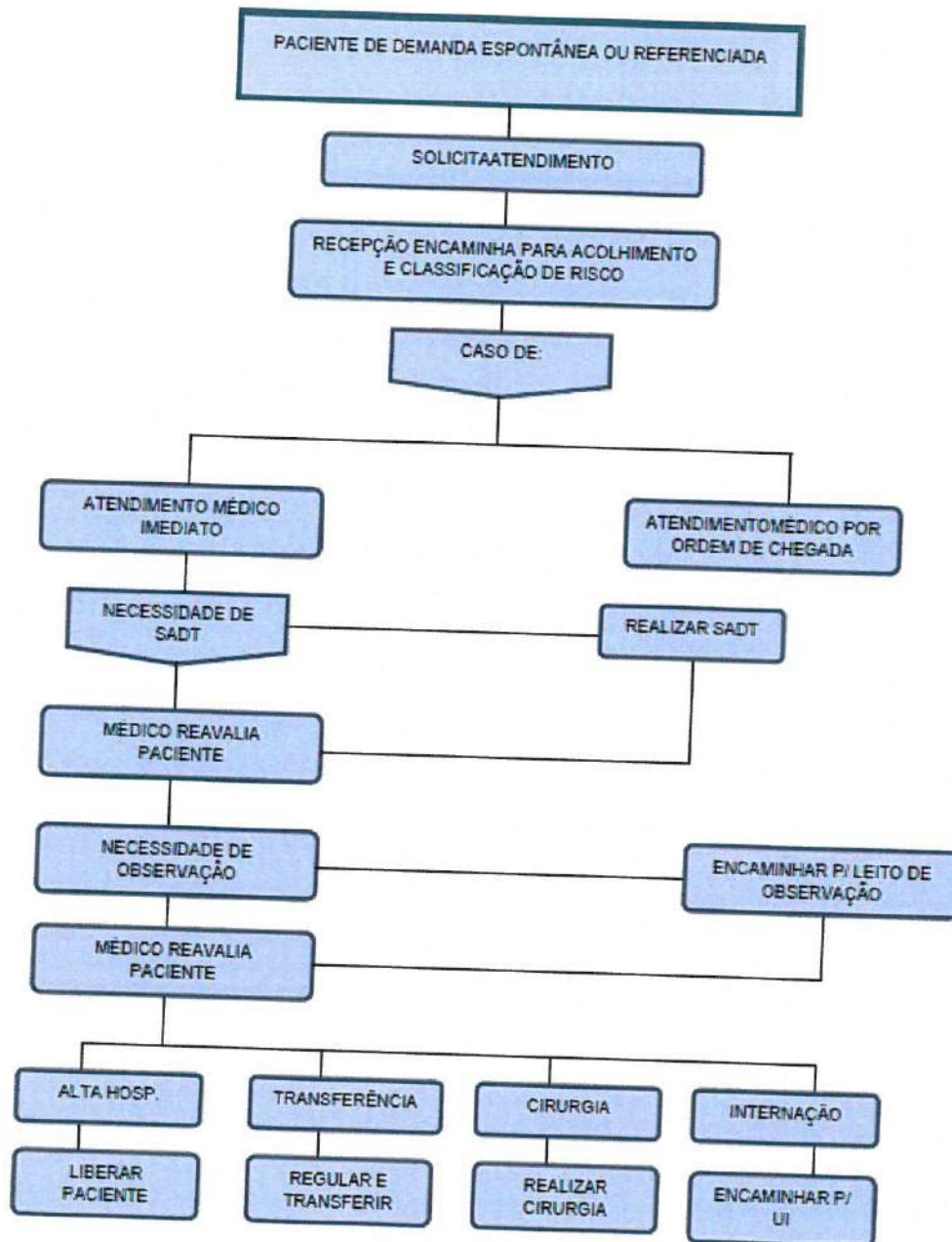
Fluxo de Atendimento na Urgência e Emergência

Na área interna, os pacientes externos são aqueles que pelo fluxo buscam atendimento imediato (urgência/ emergência), ambulatorial ou apoio aos diagnósticos. Podendo chegar de carro particular ou de ambulância. A circulação destes pacientes é restrita às áreas nas quais são atendidos. Os pacientes externos não podem circular em áreas reservadas aos funcionários e aos pacientes internados.

Na unidade hospitalar, HECAD, no setor de emergência o paciente solicita atendimento para a equipe da recepção que averigua e faz uma classificação de risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário. O acolhimento com classificação de risco tem se configurado como a opção mais eficiente e eficaz para a reorganização do atendimento nas portas de entrada do sistema de saúde. Para isso, deverá ser composta por uma equipe multiprofissional capacitada para tal.

Como a classificação de risco não estabelece diagnóstico e exige do profissional o conhecimento clínico, habilidades de semiologia e semiotécnica para a avaliação da queixa principal, o enfermeiro será o profissional preparado para assumir essa função, identificando os sinais e sintomas que permitem atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo máximo de espera estabelecido pelas cores, até a primeira observação médica.

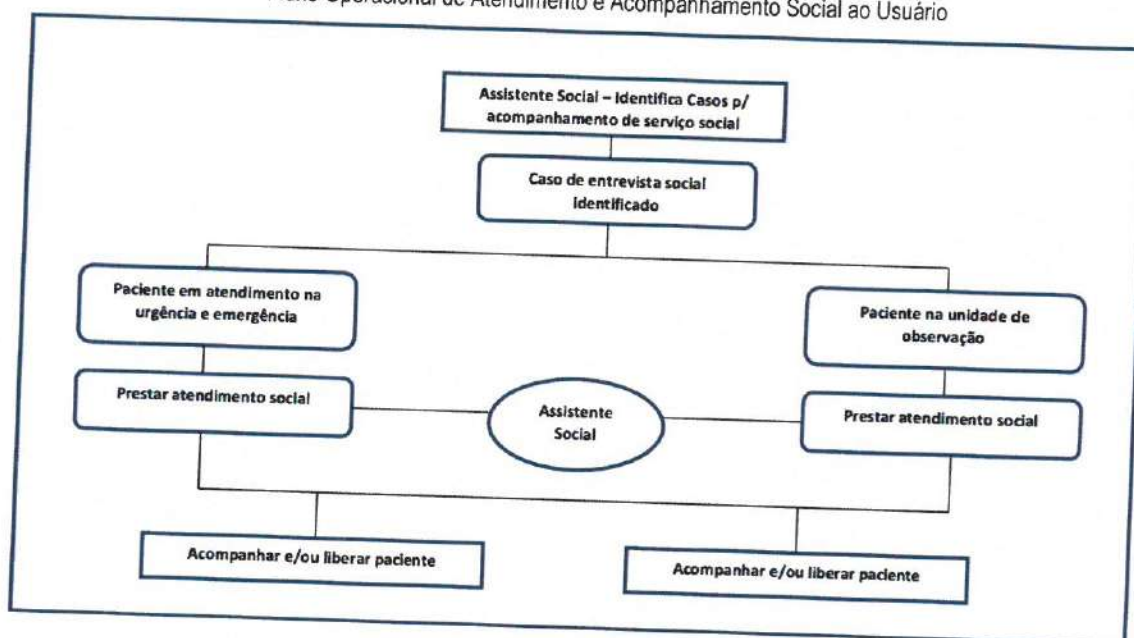
Fluxo Operacional de Atendimento na Urgência e Emergência



Fluxo de Atendimento e Acompanhamento Social ao Usuário

Será adotado o fluxo de operacionalização do processo de realizar atendimento e acompanhamento social ao usuário da unidade hospitalar HECAD. A assistente social irá identificar casos nos quais será imperioso o acompanhamento do usuário.

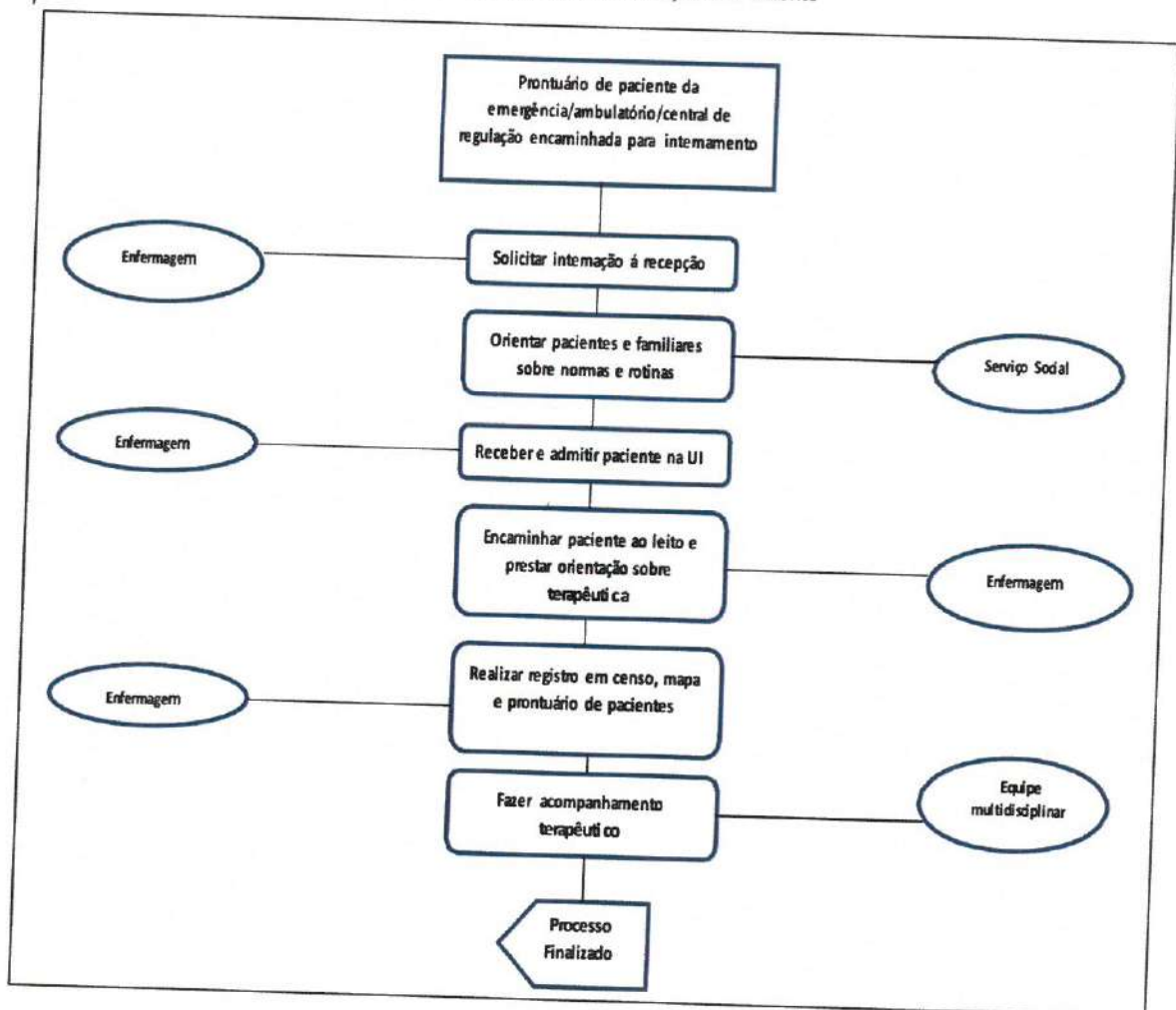
Fluxo Operacional de Atendimento e Acompanhamento Social ao Usuário



Fluxo de Internação de Paciente

A metodologia de internação de pacientes segue o fluxo de operacionalização de processo específico. No prontuário do paciente que pode ser da emergência ou ambulatório para a central de regulação que encaminhará, quando for solicitado pelo médico, para a internação. Este processo envolve a atenção com o paciente e com seus respectivos familiares. Todas as informações são passadas por meio de orientações da equipe de saúde.

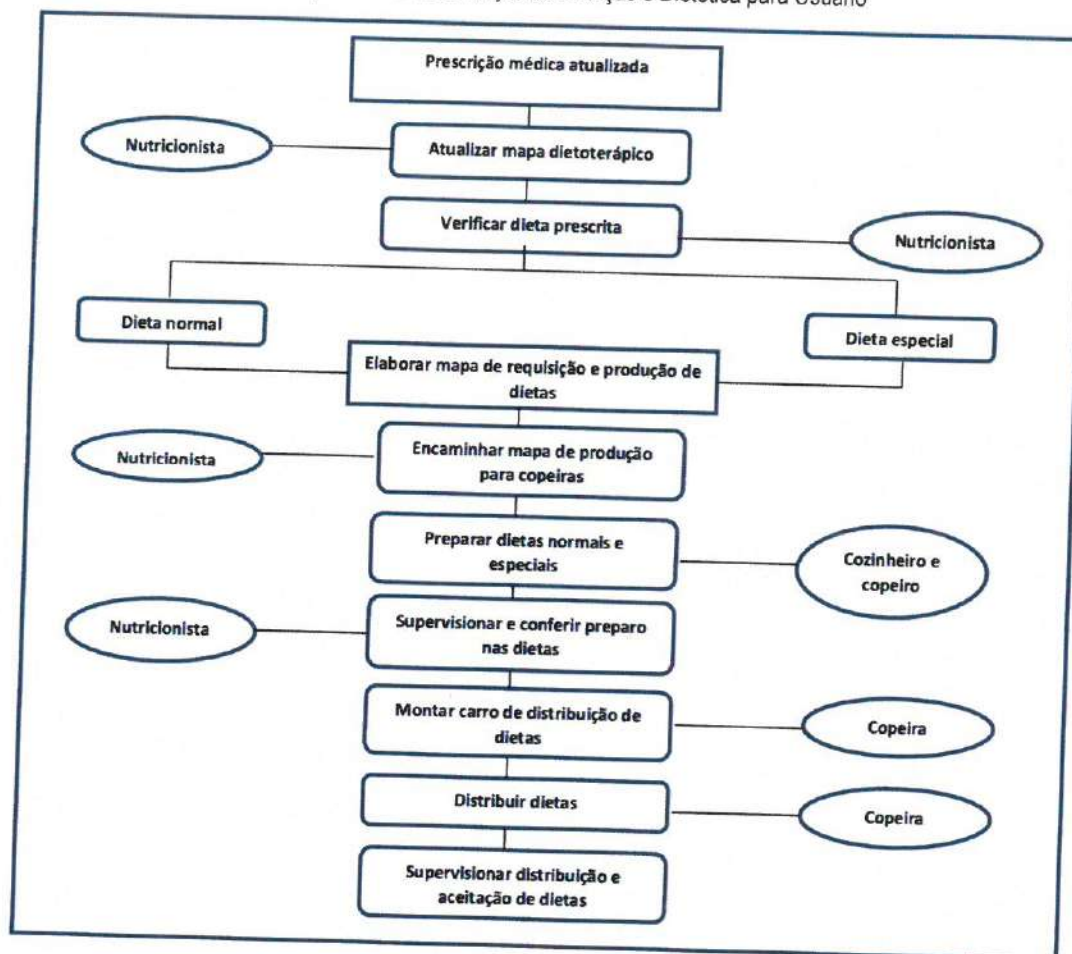
Fluxo Operacional de Internação de Paciente



Fluxo de Serviços de Nutrição e Dietética para Usuário

Estabelecer fluxo de operacionalização de serviços de nutrição e dietética para pacientes internados, juntamente com a nutricionista, tendo em vista o seu reestabelecimento e dieta de acordo com as necessidades nos diversos tipos de processos e procedimentos efetuados pelo usuário.

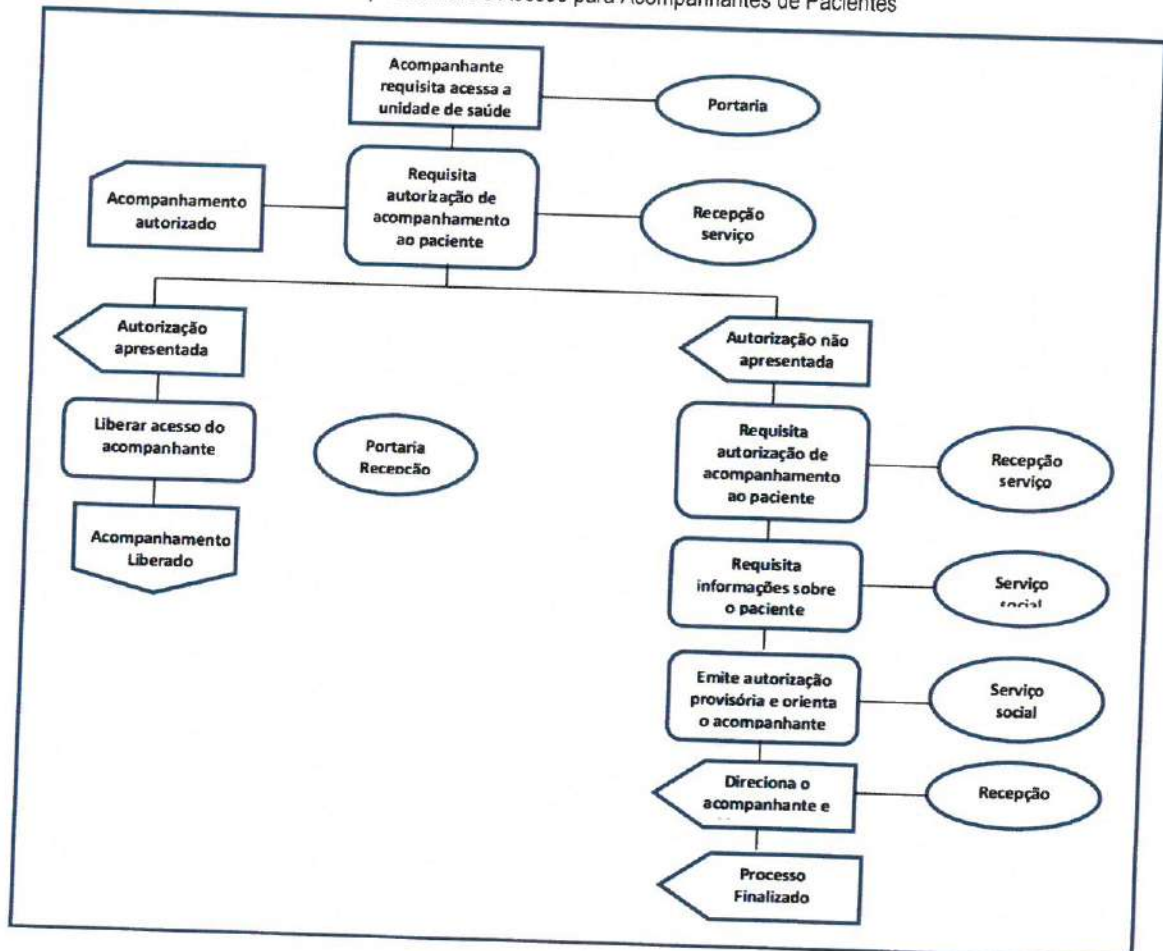
Fluxo Operacional de Serviços de Nutrição e Dietética para Usuário



Fluxo de Acesso para Acompanhantes de Pacientes

Em relação aos acompanhantes, o fluxo de operacionalização apresenta as especificidades necessárias para obtenção de autorização para o acompanhamento de paciente, inclusive no que se refere àqueles que acompanham crianças e idosos quando pacientes.

Fluxo Operacional de Acesso para Acompanhantes de Pacientes

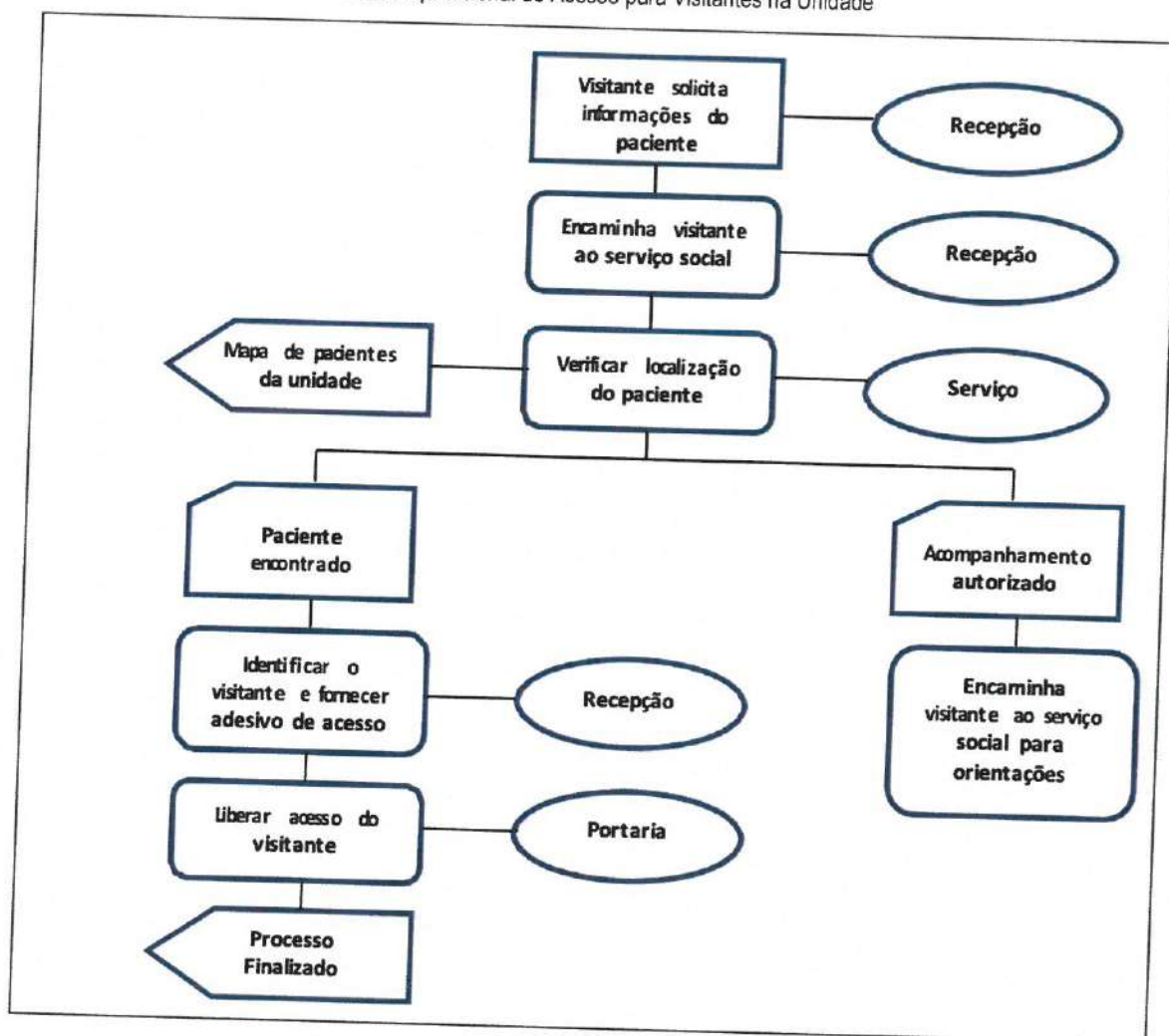


Fluxo de Acesso para Visitantes na Unidade

Os visitantes são demandas constantes para a unidade hospitalar, HECAD, para as visitas aos pacientes internados, ou atividades administrativas como serviços de terceiros, compras, fornecedores e outros. Situação em que o acompanhamento do fluxo operacional de acesso para visitantes nos setores da unidade hospitalar é de extrema importância, tanto para verificar as restrições e permissões de acesso às áreas específicas, como para controlar horários, de acordo com cada visita. Todo este processo

tem o fluxo operacional de acesso para visitantes nos setores de interesse e característicos de acordo com a finalidade

Fluxo Operacional de Acesso para Visitantes na Unidade

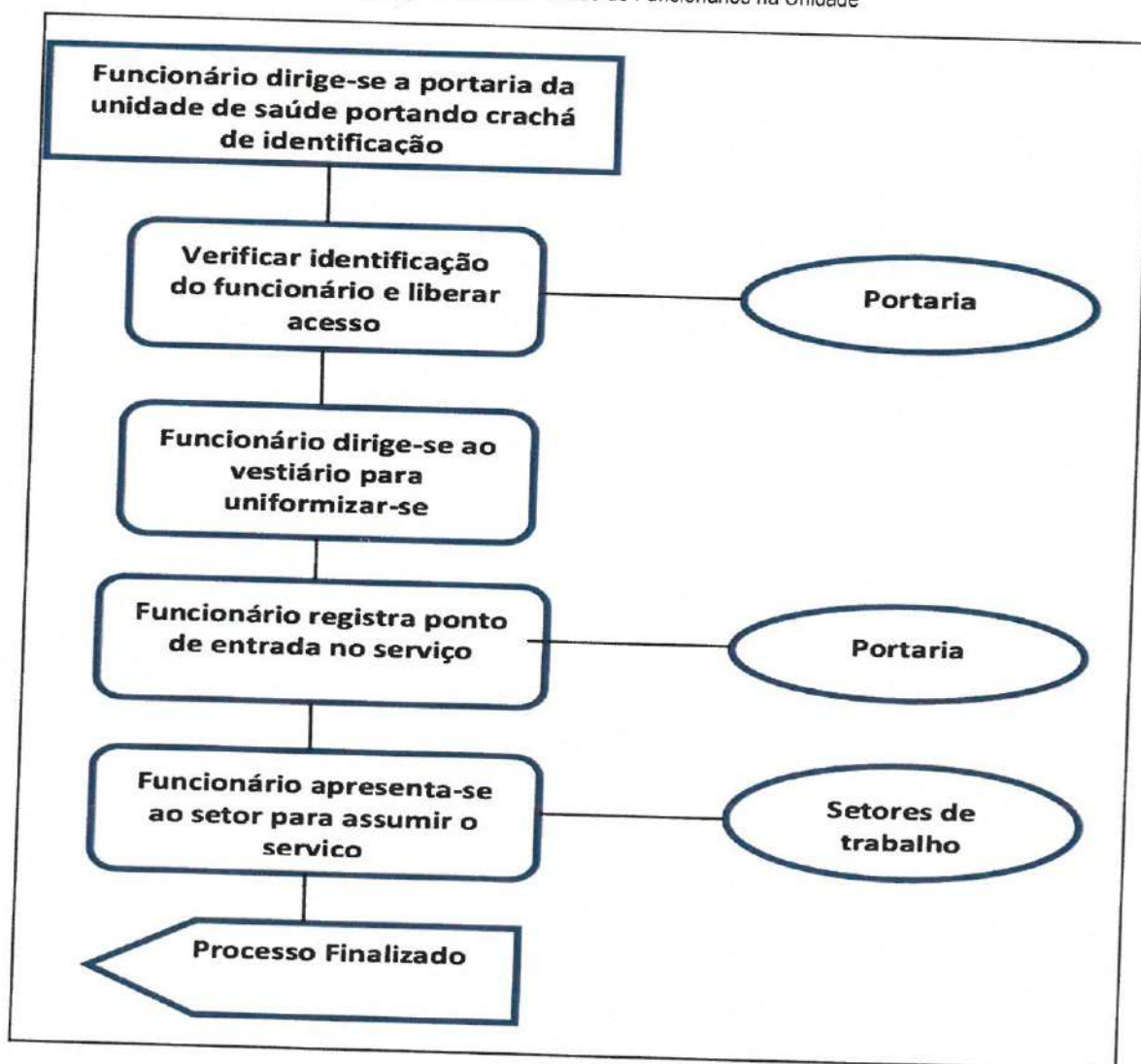


Fluxo de Acesso de Funcionários na Unidade

O fluxo operacional mostra o processo de acesso de funcionários. Esses são constituídos pelos profissionais de saúde e de todos técnicos e colaboradores de apoio administrativo para que a unidade hospitalar HECAD possa estar em plena

operacionalização e funcionamento. Todos os profissionais da unidade hospitalar, tem que obrigatoriamente apresentar a identificação para o acesso ao HECAD, o registro da entrada e o momento para assumir o serviço

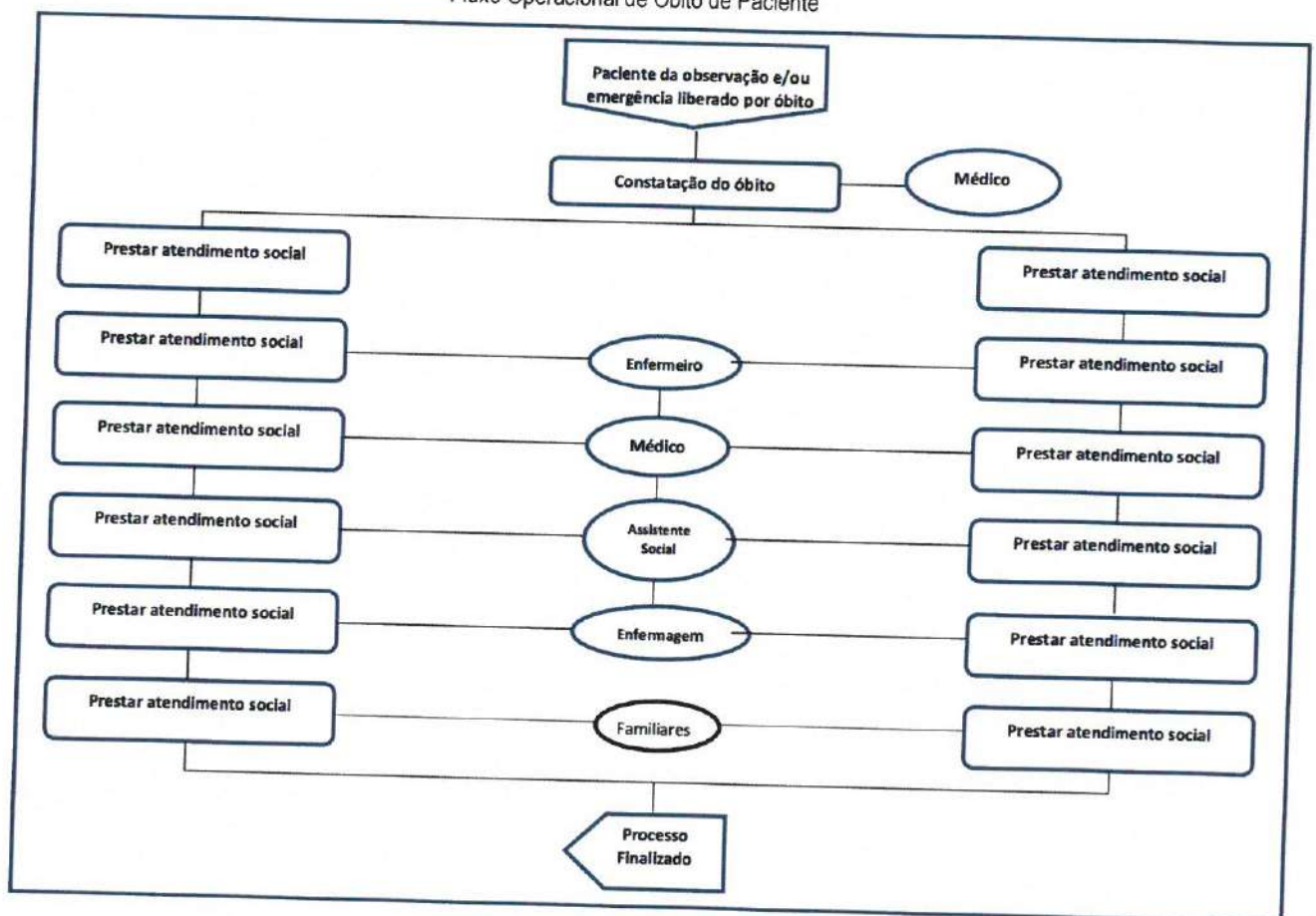
Fluxo Operacional de Acesso de Funcionários na Unidade



Fluxo de Óbito de Paciente

Implementar um protocolo para a comunicação do óbito à família ou ao responsável de uma forma humanizada. Preferencialmente, construir e implantar, juntamente à equipe de profissionais de saúde (médico, enfermeira) e também da assistente social. Sempre dispondo de informações para a família ou o responsável dos procedimentos que deverão ser tomados.

Fluxo Operacional de Óbito de Paciente



ÁREAS EXTERNAS

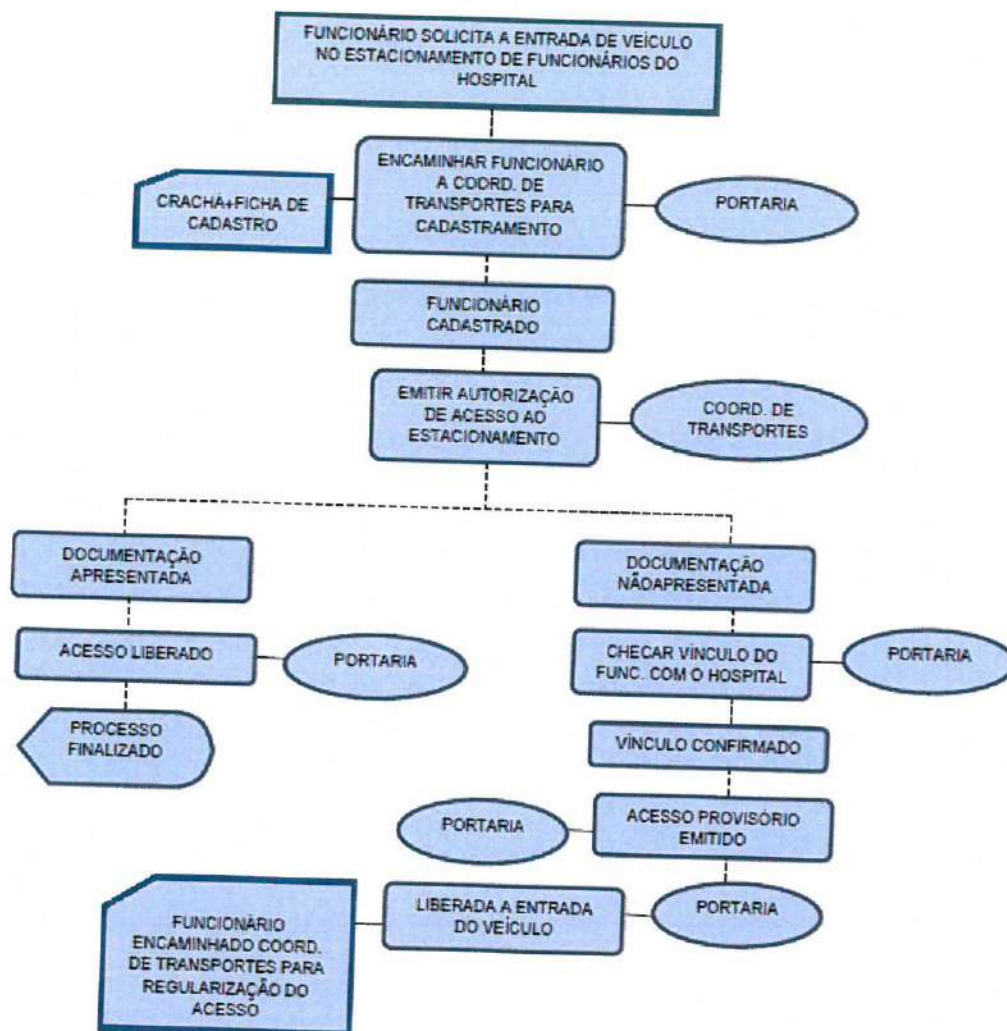
As áreas externas da unidade hospitalar, HECAD, estão relacionadas há alguns tipos de serviços e a necessidade da utilização do estacionamento para diversos fins da unidade hospitalar supracitada. A área externa é o primeiro contato do usuário com a

unidade hospitalar, sendo precípua que se tenha placas informativas designando, por exemplo, acesso ao estacionamento, com a especificação das vagas para portadores de deficiência, das vagas de idosos e se possível uma área reservada para os funcionários do HECAD e acesso a portaria. Na parte externa da unidade hospitalar, também, terá o local adequado e específico para a remoção de resíduos de serviços do hospital.

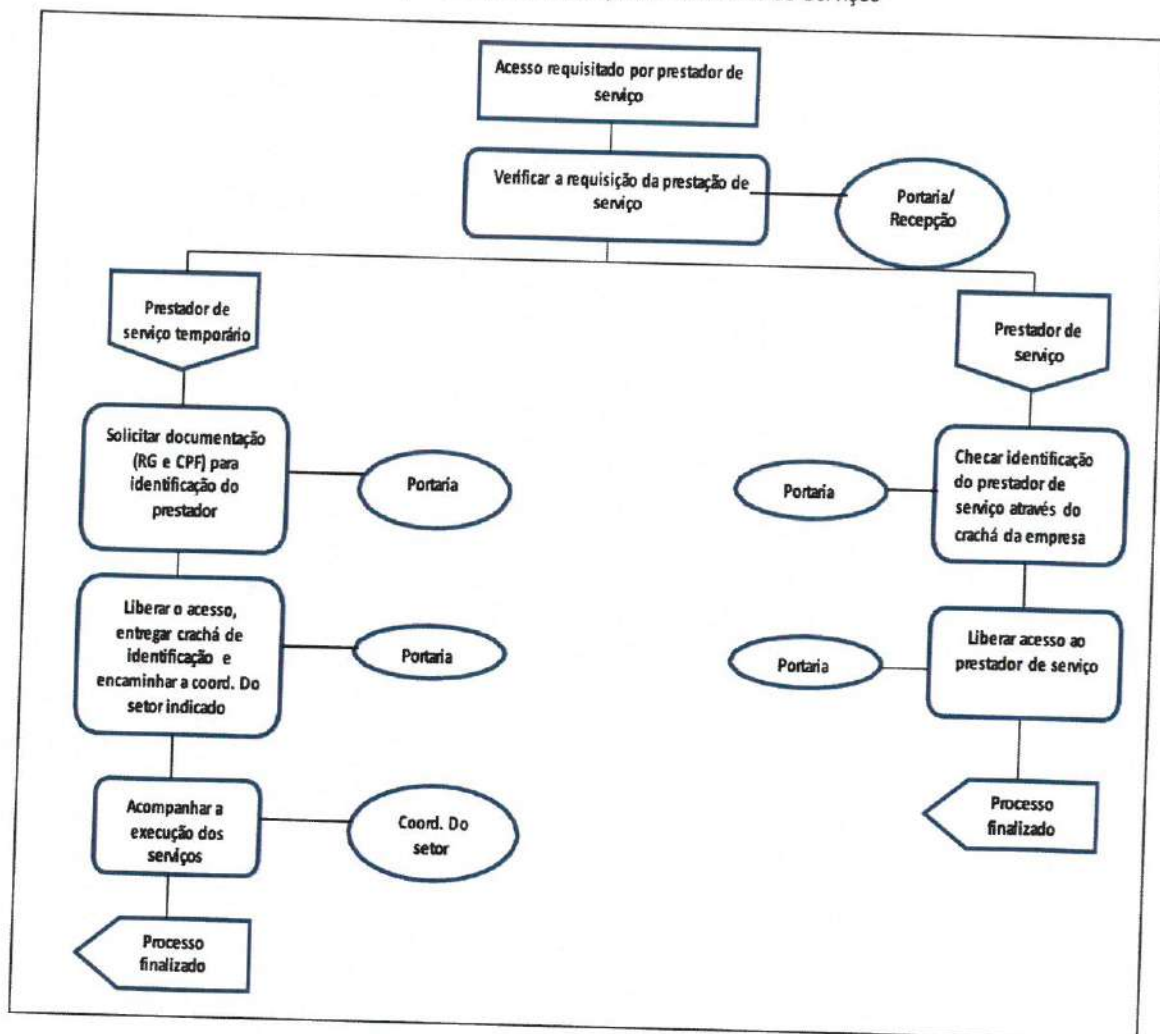
Fluxo de Acesso ao Estacionamento

Os fluxos operacionais de acesso à área externa para o estacionamento são para diversos usuários, tais como: os funcionários, os prestadores de serviços, veículos oficiais, fornecedores do HECAD. Sendo que cada fluxo operacional tem a sua metodologia específica, a depender da finalidade.

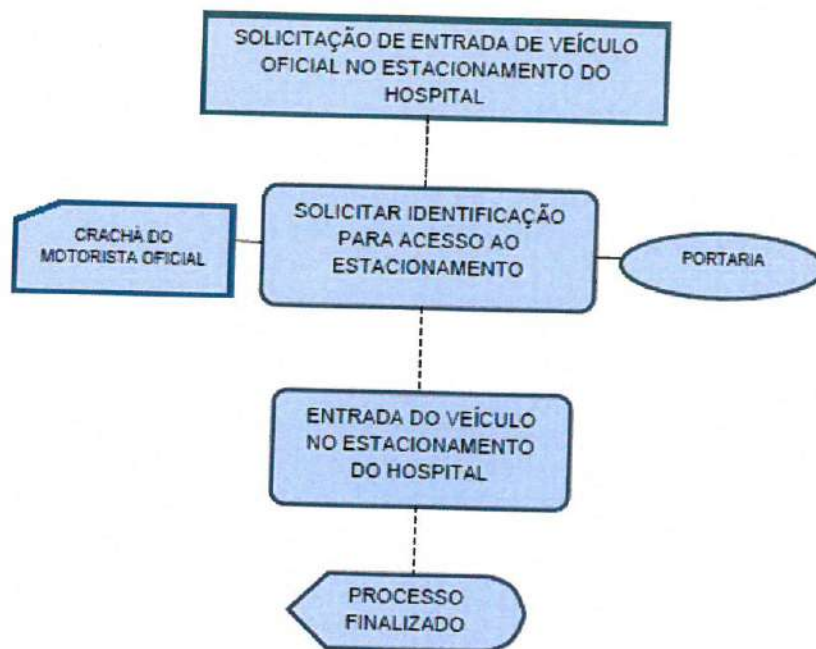
Fluxo Operacional de Acesso dos Funcionários ao Estacionamento



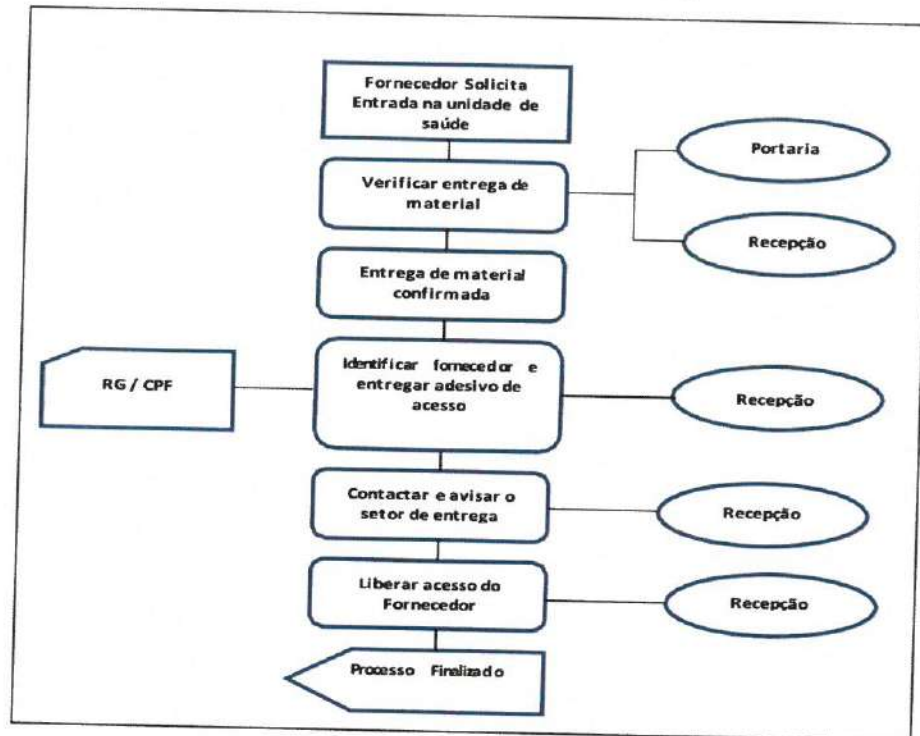
Fluxo Operacional de Acesso para Prestadores de Serviços



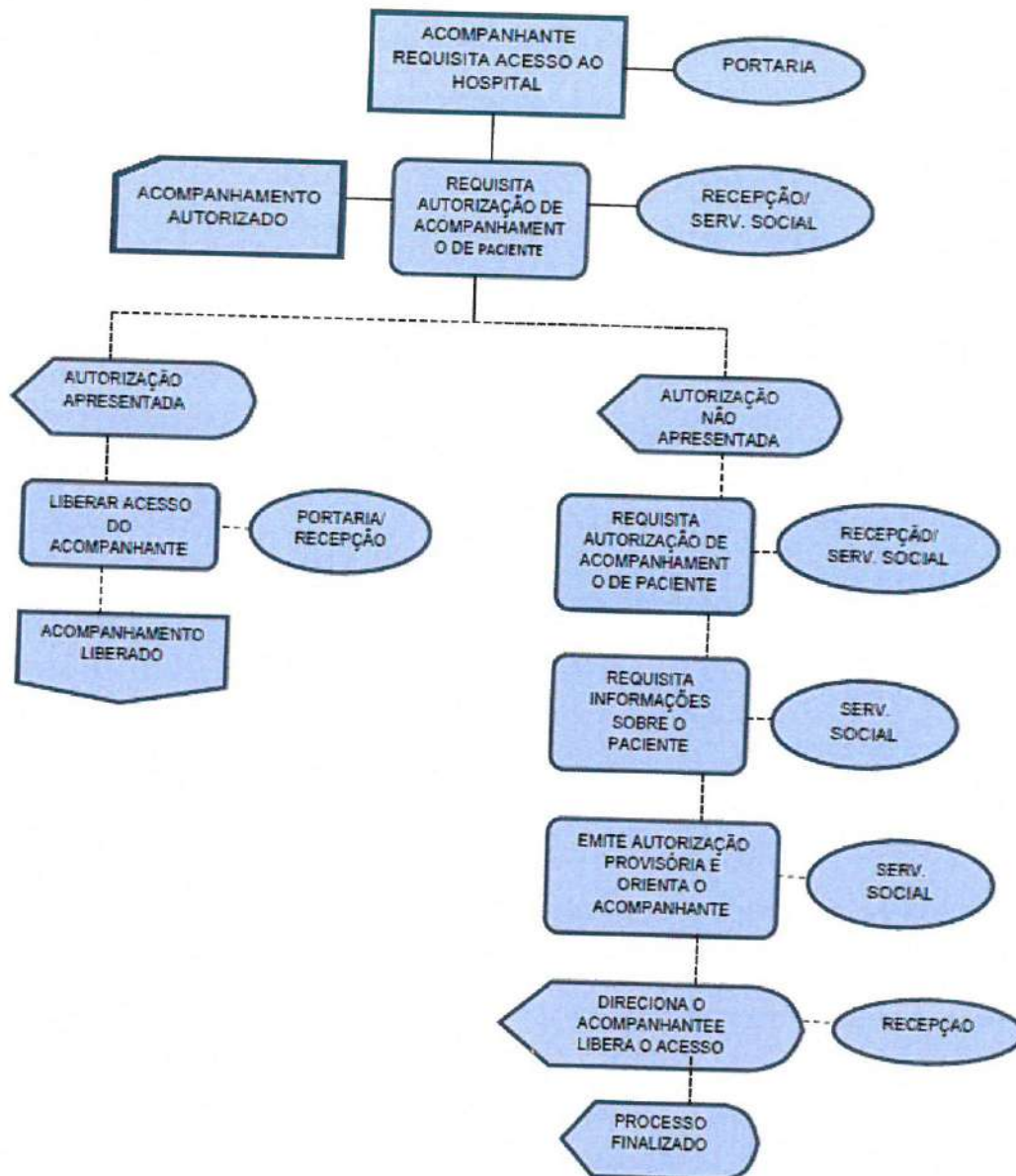
Fluxo Operacional de Acesso de Veículos Oficiais



Fluxo Operacional de Acesso de Fomecedores



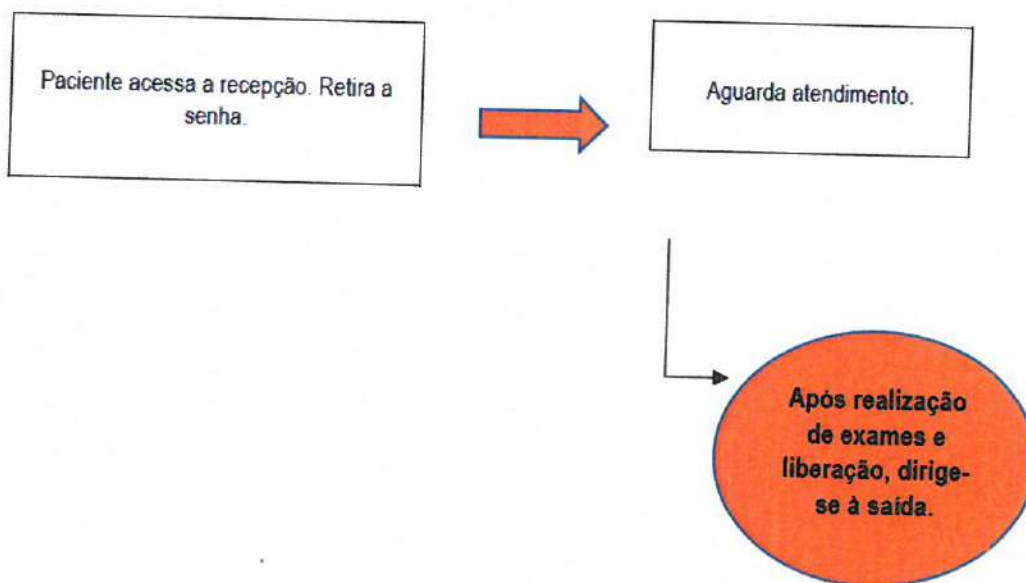
Fluxo Operacional de Acesso para Acompanhantes de Pacientes



Fluxo de Acesso de Paciente Externo ao SADT

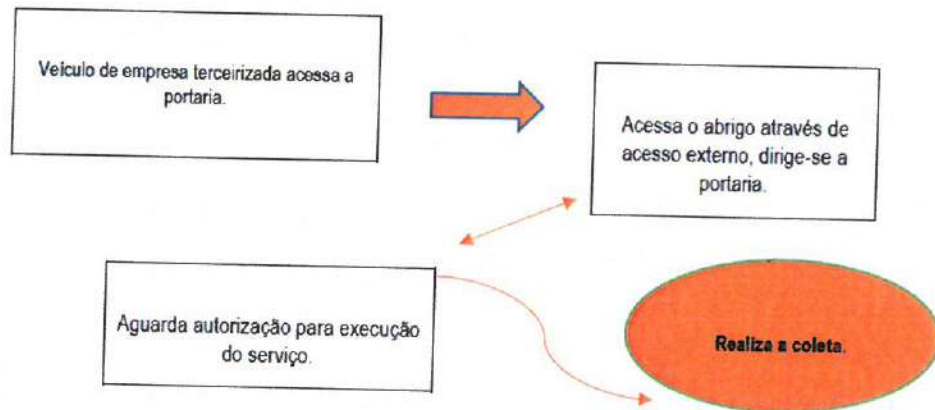
Paciente acessa a recepção, retira a senha e aguarda chamada; após senha chamada, é direcionado à recepção do SADT, realiza cadastro e aguarda atendimento. Após atendimento e liberação, dirige-se à saída.

Fluxo Operacional de Acesso de Paciente Externo ao SADT



Fluxo de Coleta de Resíduos

Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes. Veículo da coleta acessa o abrigo, se identifica, aguarda a autorização para realização da coleta e após retorna pela mesma portaria que ingressou.



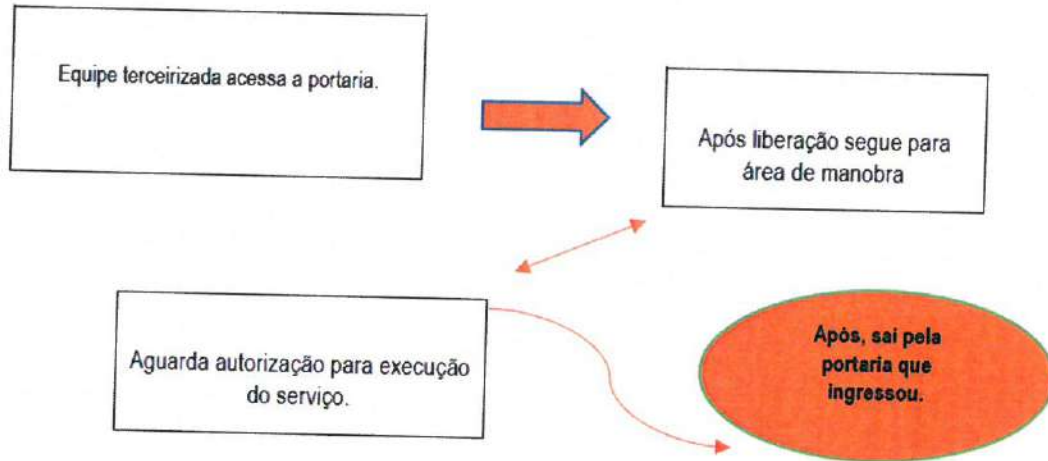
Fluxo de Coleta Pública de Resíduos

Veículo da coleta pública acessa o abrigo e realiza a coleta.



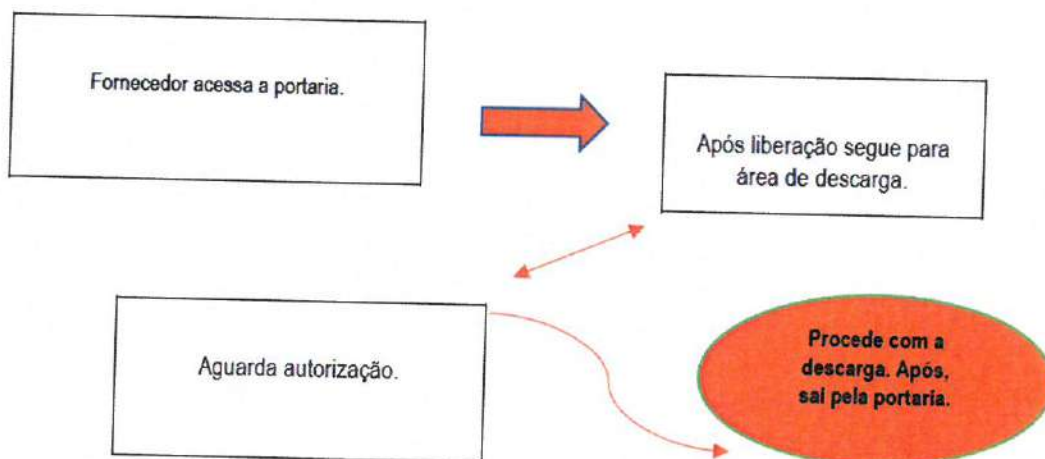
Fluxo de Acesso ao Grupo Gerador e Subestação de Energia

Equipe terceirizada acessam a portaria e se identificam. Após ocorrer a sua liberação, seguem pela via até a área de manobra e aguardam autorização para executarem o serviço. Após, retornam pela mesma via até a portaria.



Fluxo de Acesso aos Gases Medicinais

Fornecedores acessam a portaria e se identifica, após liberação, segue pela via até os tanques para abastecimento. Aguarda autorização para abastecimento. Retorna pela mesma via até saída a portaria.



3.1.2. FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS ADMINISTRATIVOS

A gestão documental dinamiza as atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos, otimizando tanto o fluxo informacional, quanto toda a rotina administrativa de uma instituição.

O HECAD, enquanto entidade ligada diretamente à saúde e ao bem estar social, precisa atentar ao gerenciamento adequado de seus repertórios informacionais. Numa unidade de saúde, como o HECAD, a informação se constitui como componente estrutural e funcional para a prestação de serviços no Sistema Único de Saúde, tanto no que se refere à disponibilização de tratamentos adequados e eficientes, quanto ao atendimento efetivo e humanizado a toda população.

Os dados clínicos gerados em âmbito interno são de suma importância para o efetivo planejamento e organização dos serviços de saúde de modo a dispensar a devida atenção médica à sociedade. Para isso, é necessário que as informações sejam atuais e fidedignas para que possam, através de indicadores seguros, subsidiar investigações que poderão trazer grandes contribuições ao sistema de saúde e a sociedade.

Nesse sentido, a gestão documental se apresenta como instrumento propício a dinamização das atividades de produção, tramitação, classificação, avaliação e arquivamento dos documentos nas instituições de saúde, contribuindo não só para o gerenciamento dos dados informacionais, mas também na própria administração do HECAD.

O processo de gestão na instituição se inicia pelo prontuário do paciente, já que

são seus dados que alimentam toda a malha informacional.

O sistema único de saúde (SUS) compreende um conjunto integrado de ações afirmativas dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos do cidadão relativos à saúde, à previdência e à assistência social. O artigo 198 da Constituição Federal determina que as ações e serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com os princípios e diretrizes contidos II capítulo da lei nº. 8.080, de 19 de novembro de 1990, dentre os quais:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Participação da Comunidade;

Nesse sentido, um efetivo sistema de informação nas instituições de saúde é necessidade premente. Viabilizar a qualidade no atendimento e promover o arrefecimento desses dos problemas que envolvem o gerenciamento e operacionalização da saúde no âmbito do SUS depende, em grande medida, do gerenciamento dos repertórios informacionais e da fiscalização dos serviços.

Para fiscalizar as ações e os serviços desenvolvidos pelo SUS, existe o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Dentre as atividades desenvolvidas pelo órgão constam:

A análise:

- Do contexto normativo referente ao SUS;
- De planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;
- Dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;
- De sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;
- De indicadores de morbi-mortalidade;
- De instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;
- Da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;
- Do desempenho da rede de serviços de saúde;
- Dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;
- Dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas;
- De prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

Evidente assim, que a aplicação da gestão de documentos no HECAD, mostra-se imprescindível no processo de atendimento tanto aos órgãos fiscalizadores, quanto a toda sociedade (através de acesso à informação por Portal da Transparência e Lei de Acesso à Informação), vez que regulamentará produção, fluxo e acesso das informações, sejam oriundas de atividades-fim, seja de atividade-meio.

Conceito Documental: Conceitualmente é possível desmembrar documentos em dois tipos: internos e externos.

Documentos Internos: São todos os documentos gerados na própria unidade, tais como ofícios, requerimentos, solicitações e que serão aplicados dentro ou fora do HECAD.

Documentos externos: São todos os documentos emitidos por áreas externas à unidade, entregue e aplicados na mesma, como fonte de informação, orientação, solicitação ou determinação.

Sistema de Protocolo Próprio e Gestão de Documentos Administrativos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente

Esse sistema objetivará diretrizes para o recebimento de documentos internos e externos, pelo sistema de registros obedecendo fluxos e rotas pré-estabelecidos, do seguinte modo:

Sistema de Recebimento de Documentos Internos/ Externos		
ORDEM	AÇÃO/ DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE A SER EXECUTADA	AGENTE EXECUTOR
01	Receber documentos externos diariamente e protocolar o recebimento (carimbo, data e nome legível) na frente da primeira folha. Devolver primeira via para o portador.	Agente Administrativo
02	Conferir a documentação e cadastrar no sistema de gestão de processos e documentos e encaminhar aos setores de destino.	Agente Administrativo
03	Receber e encaminhar as correspondências aos diretores. Redirecionar via sistema de gestão de processos os documentos despachados.	Secretária Executiva
04	Acompanhar os prazos estabelecidos nos documentos, cobrando dos setores responsáveis a minuta para formalização da resposta.	Secretária Executiva
Abertura, Encaminhamento, Arquivamento de Processo		
01	Cadastrar o processo de compras, contratação de pessoal no sistema de gestão de processos e documentos.	Agente Administrativo

02	Conferir a documentação e cadastrar no sistema de gestão de processos e documentos e encaminhar aos setores de destino.	Agente Administrativo
03	Acompanhar os prazos estabelecidos nos documentos, cobrando dos setores responsáveis a minuta para formalização da resposta.	Agente Administrativo


Tela do Sistema de Gestão de Documentos


Gerenciar processo nº 0904 **PROCESSO ABERTO**


Tarefas completadas até o momento: 6 de 7 65%


Detalhes Tarefas Anexos **Painel**

Painel

 **Início**
09/06/22

 **Dias em execução**
6

 **Prazo em dias**
8

 **Situação**
No prazo

Tarefa	Abertura	Fechamento	Dias em execução	Prazo (dias)	Situação Prazo
1 T4 - INCLUIR GUIA INSS, FGTS, IRRF E MEMÓRIA DE CÁLCULO FINALIZADA	RAIANE SILVA OLIVEIRA 09/06/2022 às 16h15	RAIANE SILVA OLIVEIRA 09/06/2022 às 16h23	1	1	No Prazo
1 T5 - VALIDAR DOCUMENTOS PARA PAGAMENTO DO IMPOSTO FINALIZADA	RAIANE SILVA OLIVEIRA 09/06/2022 às 16h23	TAJANA MIRANDA CRUZ 10/06/2022 às 13h55	1	1	No Prazo
1 T2 - VALIDAR PROCESSO DE PAGAMENTO FINALIZADA	TAJANA MIRANDA CRUZ 10/06/2022 às 13h55	FABIANA CARDOSO DORNELES 14/06/2022 às 10h39	2	2	No Prazo

Gerenciar processo

n° 1289 PROCESSO ABERTO

Tarefas completadas até o momento: 1 de 5

20%

Detalhes Tarefas Anexos Painel

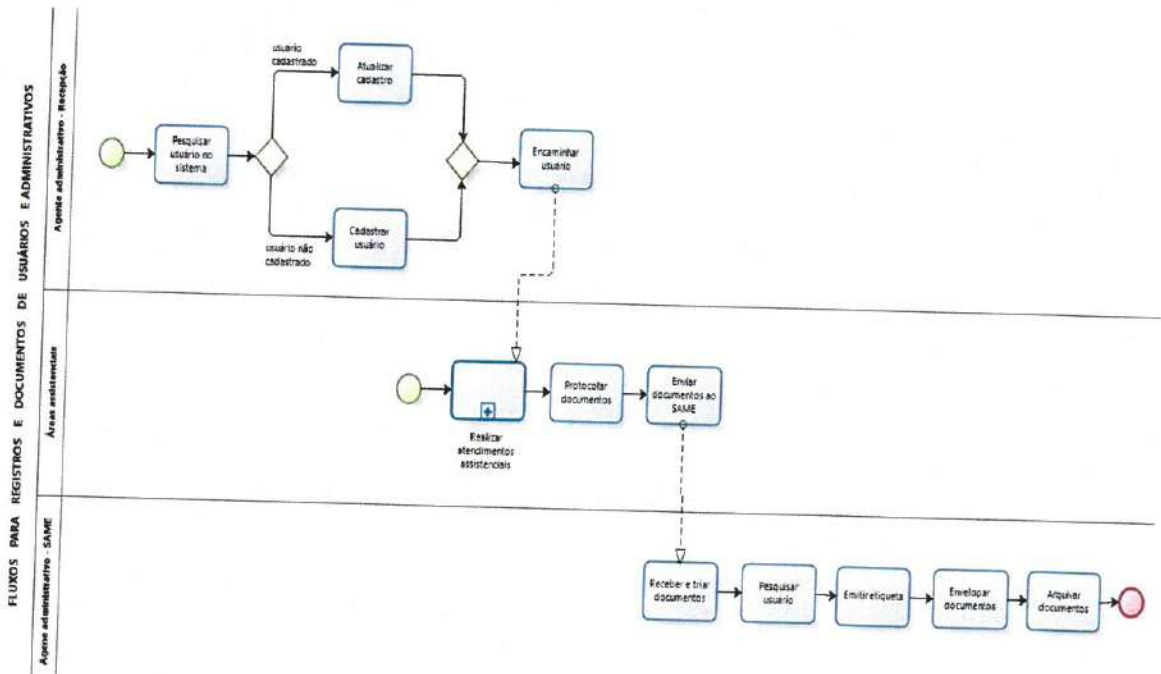
Tarefas do processo

Atualizar

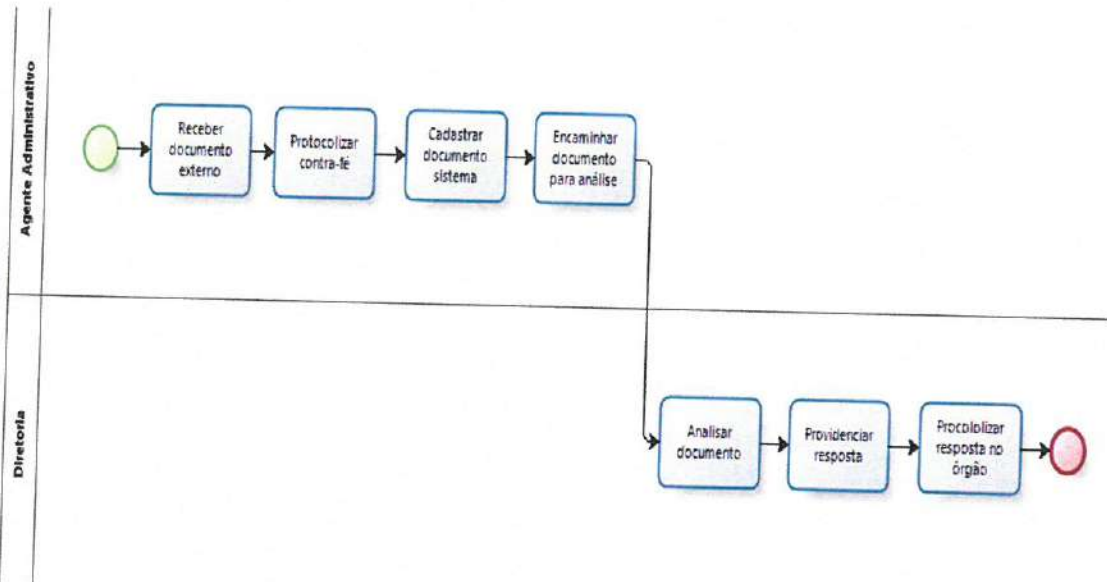
Adicionar tarefa

Finalizar processo

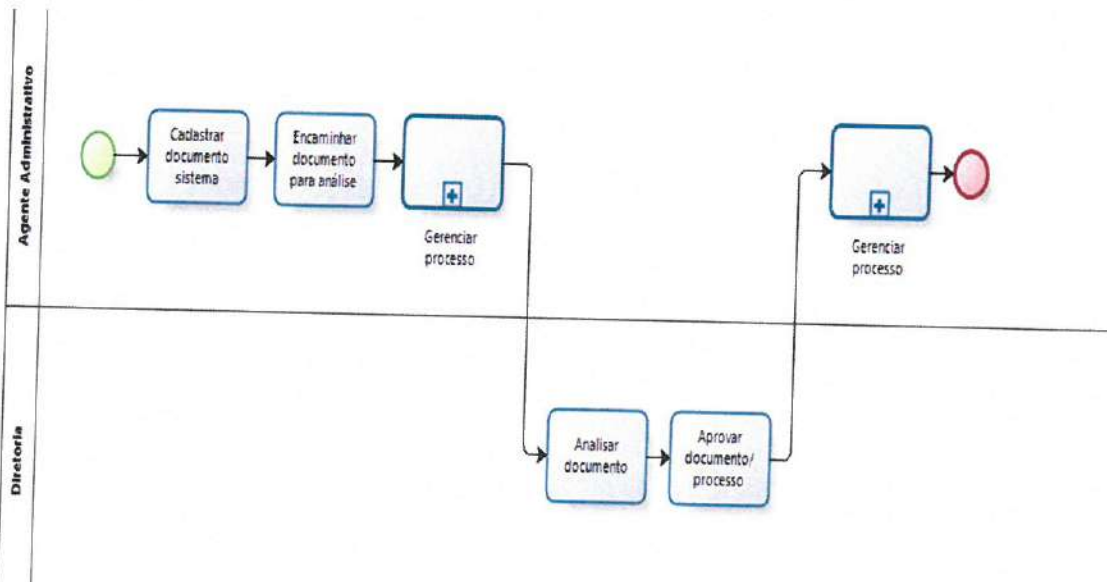
1	T2 - INCLUIR NOTA FISCAL E DOCUMENTOS INCLUIR NOTA FISCAL, BOLETO (SE HOUVER) ESPelho DE ENTRADA MV, CNQ LINKADE ALMOXARFADO	Completado	FINALIZADA 
Abertura: ELISA CAMPOS DA SILVA MACEDO 15/06/2022 às 17:47 Fechamento: 15/06/2022 às 17:54			
2	T2 - VALIDAR PROCESSO E EMITIR FOLHA DE ROSTO VALIDAR PROCESSO, LANÇAR NOTA FISCAL NO MV E EMITIR FOLHA DE ROSTO IBGC SEDE \ CONTROLE INTERNO	Completado	EM ANDAMENTO 
Abertura: ELISA CAMPOS DA SILVA MACEDO 15/06/2022 às 17:54 Fechamento:			
3	T1 - LANÇAR TÍTULO NO BANCO LANÇAR TÍTULO NO BANCO IBGC SEDE \ CONTAS A PAGAR	Observações	AGUARDANDO INICIO 
Abertura: Fechamento:			
4	T1 - INCLUIR COMPROVANTE DE PAGAMENTO INCLUIR COMPROVANTE DE PAGAMENTO IBGC SEDE \ CONTAS A PAGAR	Observações	AGUARDANDO INICIO 
Abertura: Fechamento:			



FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE EXTERNOS



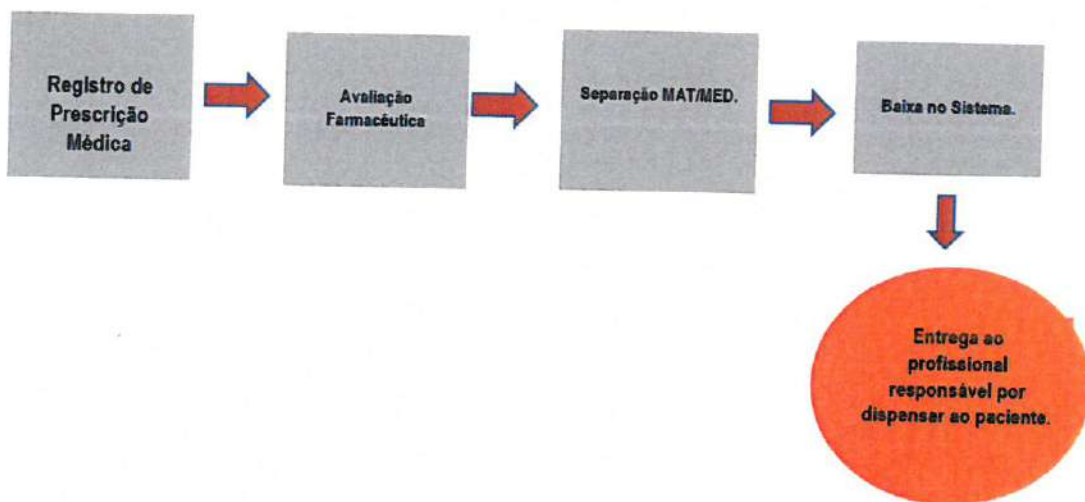
FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE INTERNOS



Fluxo de Dispensação de Prescrição Médica ao Paciente

- 1 – O profissional médico deverá proceder com o registro da prescrição médica no sistema MV.
- 2 – O profissional da farmácia acessa o registro para realização da avaliação farmacêutica
- 3 – Após a avaliação farmacêutica, a prescrição médica é direcionada para separação dos itens requeridos;
- 4 – Após a separação é realizada a baixa de Medicamentos/Materiais e entregue ao profissional responsável por dispensar ao paciente;

FLUXOGRAMA:



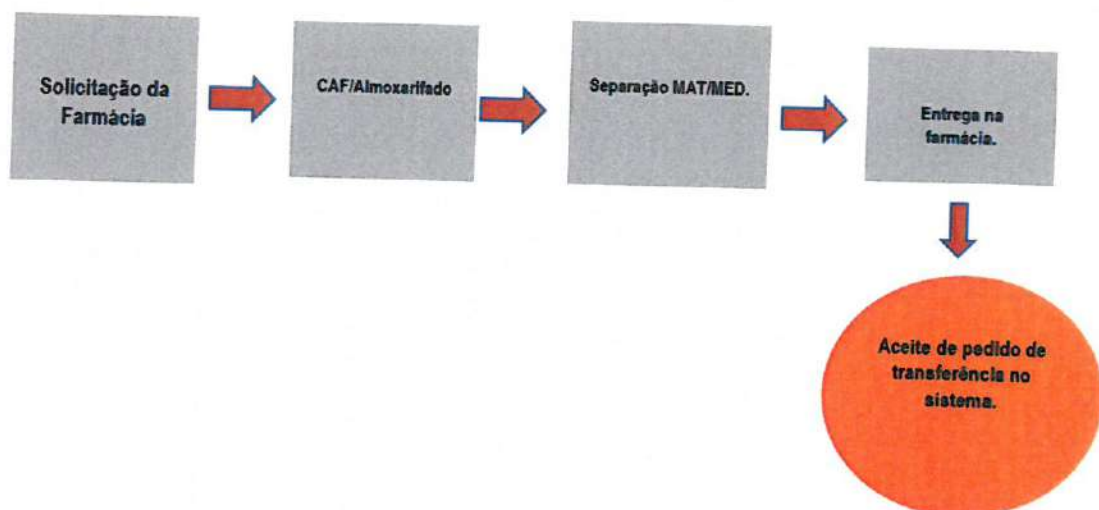
Fluxo de Transferência de Materiais e Insumos da CAF para a Farmácia

1 – O farmacêutico ou técnico lotado na farmácia faz a solicitação dos materiais e medicamentos que necessita

2 – O assistente da CAF ao acessar o registro solicitante, providencia a separação dos itens requeridos, faz a transferência no sistema e entrega na farmácia.

3 – O Auxiliar farmacêutico acessará o registro, fará a conferência dos medicamentos e materiais requisitados e aceitará o pedido de transferência, caso esteja tudo correto.

FLUXOGRAMA:



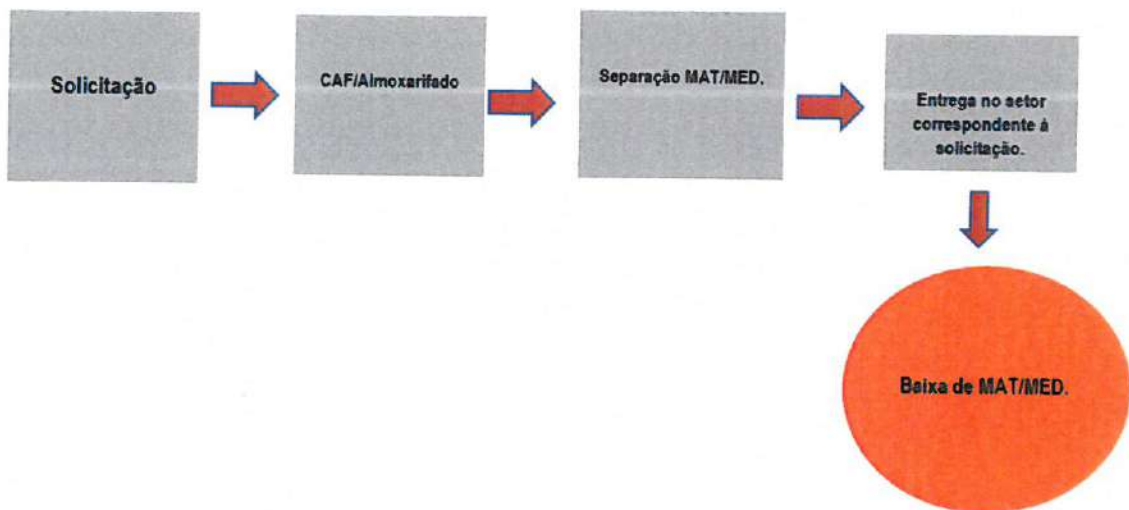
Fluxo para Dispensação de Materiais e Medicamentos Setorialmente

1 – Será requisitado pelo setor, todos os medicamentos e materiais necessários por meio do sistema MV.

2 – O destinatário acessa o registro no sistema, realiza a conferência e separa os materiais e medicamentos requisitados.

3 – Após a separação é realizada a baixa dos Mat/Med solicitados e entregue ao setor solicitante.

FLUXOGRAMA:



Fluxo de Faturamento de Boletim de Procedimento Ambulatorial

1 - Necessário proceder com a conferência de todos os atendimentos gerados nas 24 horas anteriores a conferência. É gerado à partir daí um relatório, onde é possível visualizar todos os procedimentos que foram gerados no cadastro do paciente;

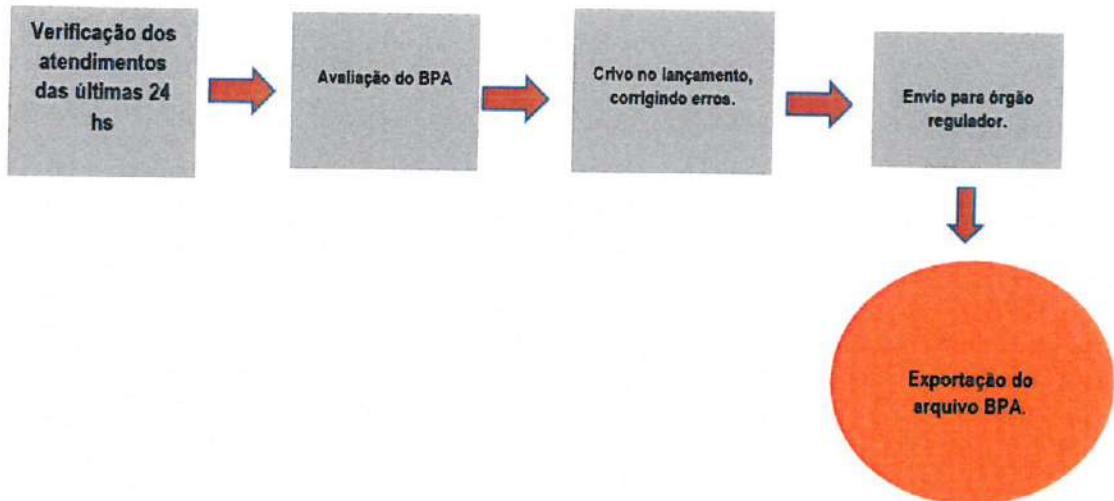
2 - No boletim de procedimento ambulatorial (BPA) é possível verificar os profissionais que realizaram os procedimentos listados no cadastro do paciente;

3 - Após a verificação e correção dos lançamentos é visto o crivo (pendência por erro).

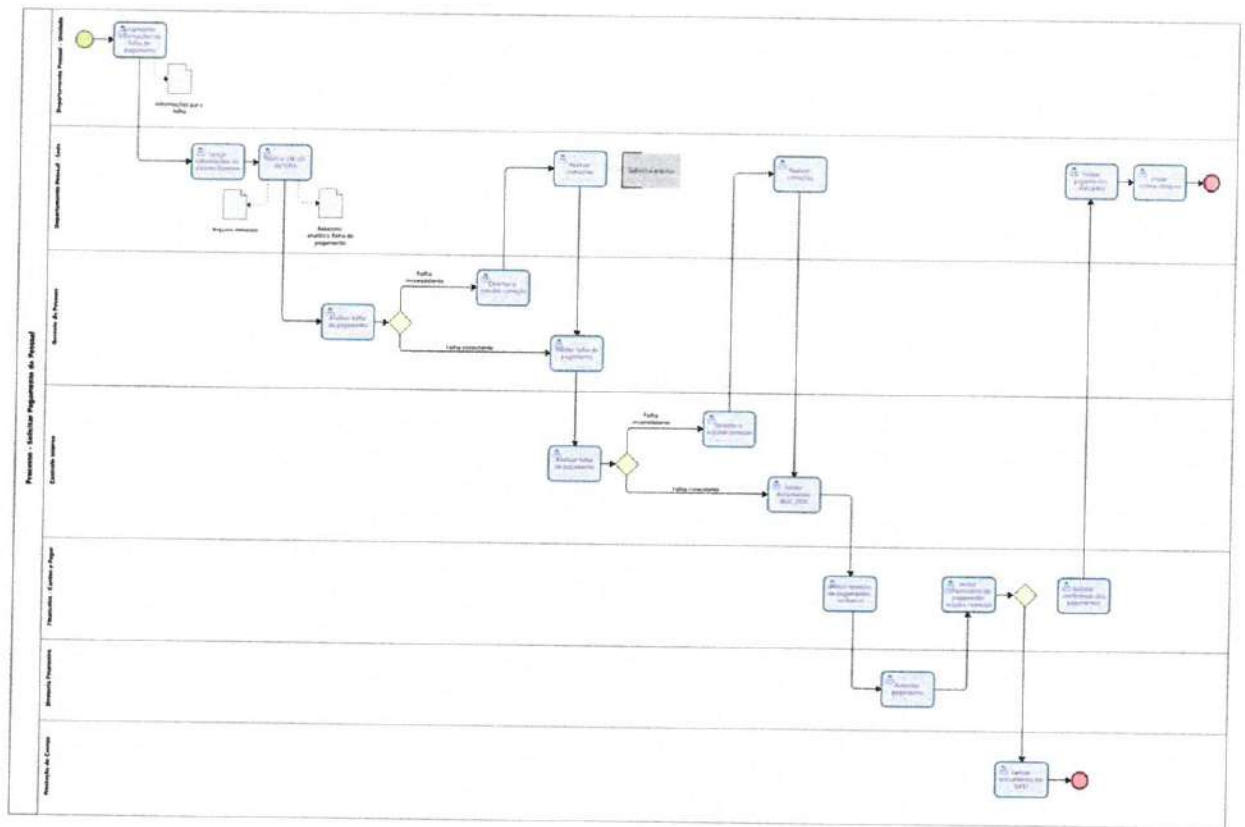
4 - Após serem corrigidos os erros existentes na conta, exporta-se os arquivos.

5 – Gera-se o arquivo BPA e encaminha o documento para o órgão regulador.

FLUXOGRAMA:



Fluxo para Registro de Solicitação de Pagamento de Pessoal



01/2012

9

Fluxo de Ofícios

Antes de adentrar no fluxo de ofícios do HECAD é oportuno destacar que o Instituto Patris, promoverá na unidade capacitação aos colaboradores que tenham entre suas atribuições a de redigirem documentos.

Quando se fala de redação de documentos, sobretudo em repartições públicas como é o caso do HECAD, ainda que se esteja diante de uma gestão por organização social parceira, os documentos continuam tendo o caráter de documentos que resguardam o elemento de “oficiais”.

Nesse sentido, a observância ao Manual de Redação do Estado de Goiás, elaborado pela Secretaria de Estado da Casa Civil e revisado no ano de 2021, é de suma importância.

Tal Manual, traz entre suas prescrições a necessidade de que as documentações tragam em seu bojo o elemento da clareza. Vejamos:

A clareza tem que ser assumida como a qualidade mais importante da redação oficial. Um texto claro é de compreensão certa e rápida.

Com ele, o leitor entende facilmente o que precisa entender, por isso pode dar prontamente uma resposta ao que lhe é cobrado no conteúdo lido. Atinge-se a clareza com o uso de expressões simples, diretas, transparentes quanto à significação, com a elaboração de frases mais curtas em cujo interior não haja desordem ou inutilidade de termos.

Isso faz com que o leitor medianamente conhecedor de seu idioma extraia, sem prejuízos, as mensagens necessárias. Assim, deveria ser evitado o preciosismo linguístico, isto é, o exagerado requinte ao escrever ou falar com termos pouco usuais. Quem dele se vale emprega verbos como: obtemperar, abroquelar, acostar, anuir, colacionar; substantivos como: menoscabo, diapasão, linde, utente; locuções como: à guisa de, à míngua de, com fulcro em, desde logo, em tal recôncavo, em tela.

Sabe o que é concisão quem consegue dizer muito empregando menos palavras. Trata-se de uma economia de termos ou vocábulos, não de conteúdo, isto é, não podem ser subtraídas informações indispensáveis à compreensão do documento em leitura.

A coesão prende-se ao uso eficiente de certas palavras ou grupos delas para garantir as ligações lógicas. Espera-se, por exemplo, que o redator perceba que, entre ideias ou fatos que se opõem, precisa ser usada uma expressão que marque o contraste como: mas, porém, entretanto. Mas se uma ideia indica um resultado daquilo que foi declarado antes, há necessidade de criar um elo de sentido marcado por uma expressão como: portanto, conseqüentemente, desse modo, assim.

Quanto à coerência, pode-se dizer que ela é, em grande parte, conseguida por um eficiente trabalho coesivo. Se há uma harmonia na frase, no parágrafo ou na totalidade do texto porque foram usadas expressões que criaram nexos compreensíveis, estruturadores de sentidos, podemos dizer que aquilo que foi escrito ou lido é coerente, sobretudo porque há unidade das partes. Afinal, ali está uma sequência de opiniões, imagens, fatos ou ordens – ou ainda uma combinação deles – que nós conseguimos mentalmente seguir, inclusive pela correspondência aceitável com aquilo que nós sabemos sobre o mundo. Essa harmonia das partes entre si e delas com a realidade constrói e faz transparecer a coerência, que deve ser, respectivamente, interna e externa.

Além de procurar escrever sempre num padrão linguístico adequado, isto é, acessível a todos, seguindo para isso as regras gramaticais próprias da norma culta, deve haver preocupação com a assimilação de padrões de tratamento, técnicas de

confeção de cada gênero textual, de formatação etc. Se os traços que disciplinam as modalidades oficiais de redação forem incorporados à rotina dos servidores públicos redatores, haverá uma socialização normativa em termos de escrita, que denominamos padronização. E ela é um item importantíssimo na boa execução do serviço público porque insere os que redigem num sistema maior de produção dos textos oficiais, dando segurança a todos que estão envolvidos nele.

Após esse breve relato introdutório, mas que tem relevância, sobretudo ao se destacar a observância da proponente ao Manual de Redação Oficial do Estado de Goiás, no desenvolvimento de suas atividades, adentremos no assunto fluxo de ofícios, propriamente dito.

A organização documental dos ofícios deve ser dar dentro de um civil, com uma numeração crescente. Assim é possível verificar o que foi enviado, recebido e respondido.

As respostas também devem conter uma numeração ordenada e crescente dentro do HECAD, mas de modo que sempre guarde destaque com a numeração do documento recebido.

Ofícios Enviados pelo Instituto Patris

Os ofícios encaminhados pelo Instituto Patris são documentos que tem como objetivo solicitar algum tipo de informação (seja ela de órgãos públicos ou privados), requerer algum tipo de aporte financeiro (investimentos) ou levar algum tipo de informação do Instituto para entidades e órgãos, sempre tendo como objetivo primordial, a eficiente gestão e operacionalização do HECAD.

Os colaboradores lotados nas Diretorias do HECAD, redigiram as minutas dos ofícios e as inserirão na Plataforma própria de gestão documental, para posterior análise, aprovação e revisão (se for o caso).

Após, procederá com o encaminhamento ao Diretor (a) responsável pelo documento (de acordo com a temática do mesmo) para conhecimento, concordância e assinatura. Posteriormente, o Ofício é encaminhado ao órgão solicitante, por e-mail ou por intermédio de protocolo físico no órgão (a depender da situação concreta).

Após a confirmação do recebimento/protocolo, o mesmo é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de “demandas concluídas na unidade”.

FLUXOGRAMA:



Ofícios Recebidos pelo Instituto Patris

Os remetentes de ofícios que tem como destinatário o Instituto Patris, são órgãos e entidades (públicas e privadas). Por vezes a documentação poderá ser entregue presencialmente pelos órgãos remetentes, em outras situações serão encaminhadas por

sistema de Correios e em alguns casos (dada a urgência e economicidade, por exemplo) serão encaminhados nos e-mails corporativos cadastrados.

Destaca-se que o fluxo documental do Instituto Patris, na gestão do HECAD, recomendará que qualquer documento, enviado eletronicamente, seja recebido somente por e-mail corporativo e não endereço eletrônico pessoal, zelando assim pelos princípios norteadores da Administração Pública como impessoalidade e transparência. Em caso de recebimento pessoal, por algum motivo, alheio a vontade do colaborador, o mesmo deverá imediatamente proceder com o envio aos e-mails institucionais.

Os ofícios entregues presencialmente ou via postal (Correios), após recebidos deverão ser digitalizados e salvos em pastas próprias da rede do HECAD e da plataforma de gerenciamento documental.

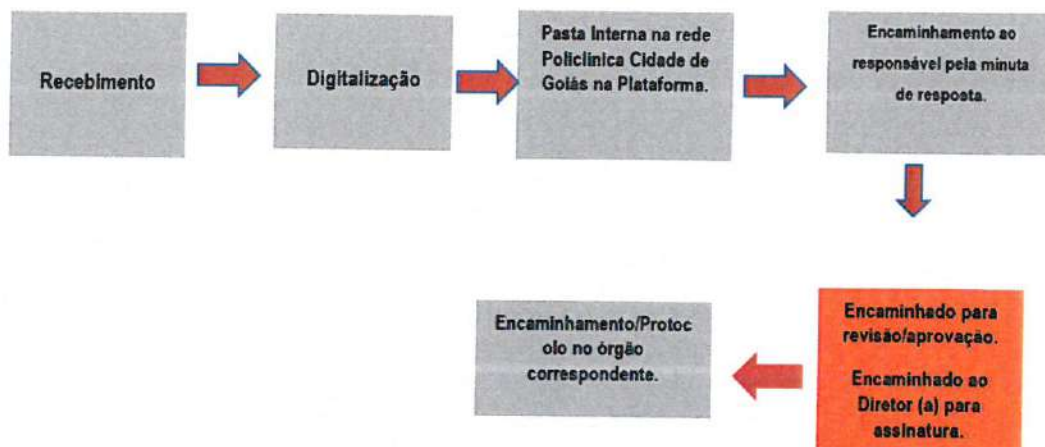
Oportunamente, na plataforma deverão ser marcados todos os colaboradores envolvidos no tema, além do responsável pela resposta.

Feito isso, o colaborador responsável por redigir a minuta, a elaborará, indicando o número do Ofício recebido e encaminhará ao responsável pela aprovação/revisão.

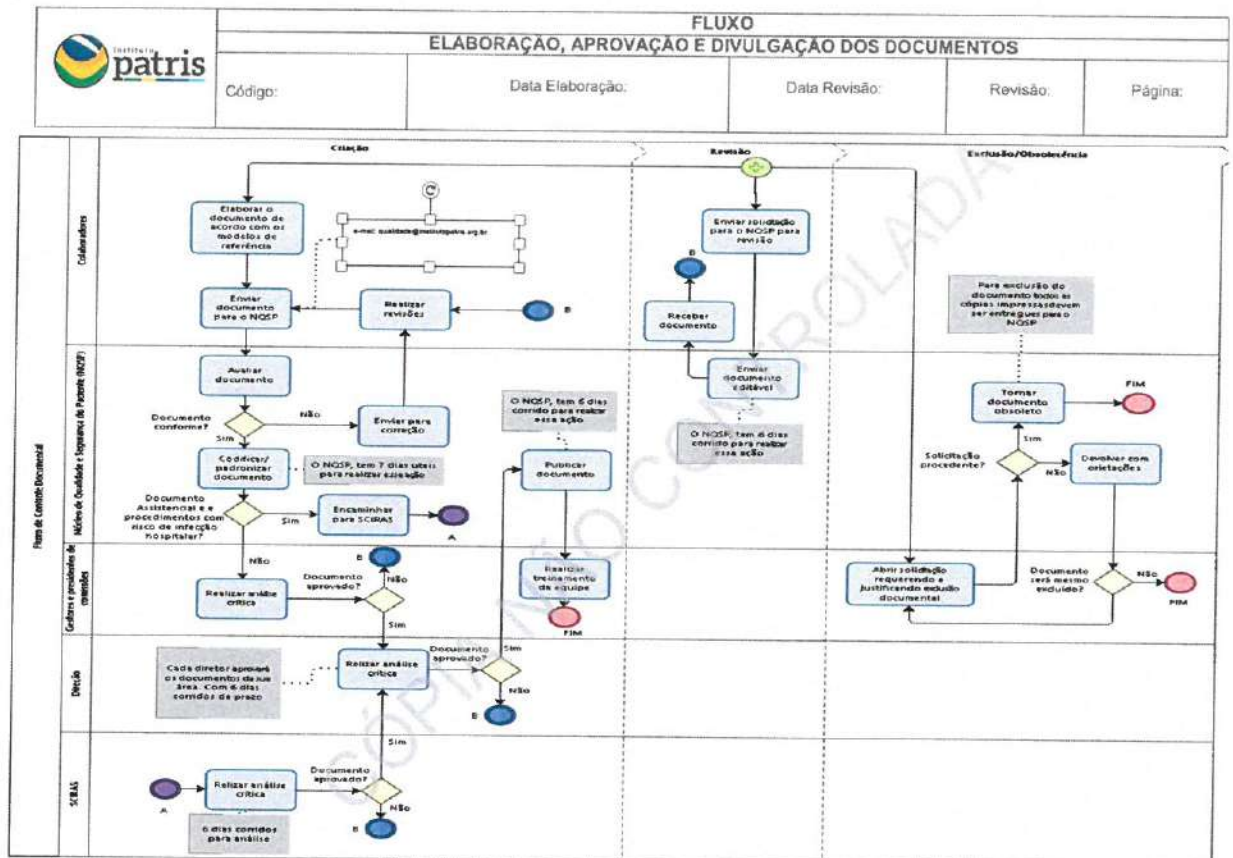
Após, procede com o encaminhamento ao Diretor (a) responsável pelo documento (de acordo com a temática do mesmo) para conhecimento, concordância e assinatura. Posteriormente, o Ofício é encaminhado ao órgão solicitante, por e-mail ou por intermédio de protocolo físico no órgão (a depender da situação concreta).

Após a confirmação do recebimento/protocolo, o mesmo é lançado na plataforma e posteriormente baixado e modificado para lista de “demandas concluídas na unidade”.

FLUXOGRAMA:



Fluxo de Elaboração e Aprovação de Documentos



Fluxo para Organização e Manutenção da Regularidade Contábil no HECAD

Quando se fala de desenvolvimento de ações contábeis há uma série de documentos que ganham relevância para que se possa manter uma situação de regularidade.

Estão entre os principais:

- Notas Fiscais de entrada, que se referem à compra de bens e à aquisição de serviços;
- Extratos Bancários contendo movimentações financeiras da Unidade;
- Boletos pagos;
- Comprovantes de Pagamentos de gastos (custos e despesas);
- Livro Razão;
- Livro Diário;
- Balancete;
- Folha de Pagamento;
- DRE;

1) A contabilidade disponibilizará os documentos para conferência do Departamento Financeiro;

2) Após a conferência, as planilhas são retornadas ao departamento de contabilidade para automatização das matrizes de acordo com o SIPEF (Sistema de Prestação de Contas Econômico-Financeiro), são elas:

0300 – Balancete

0400 – BP – Balanço Patrimonial

0530 – Folha de Pagamento

0700 – Encargos de Folha de Pagamento

0900 – DRE

1500 – Gastos com Colaboradores

1700 – Razão

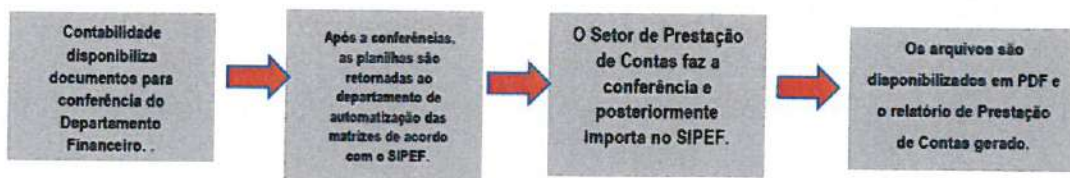
1800 – Demanda Judicial

1900 – Benefícios da Folha de Pagamento

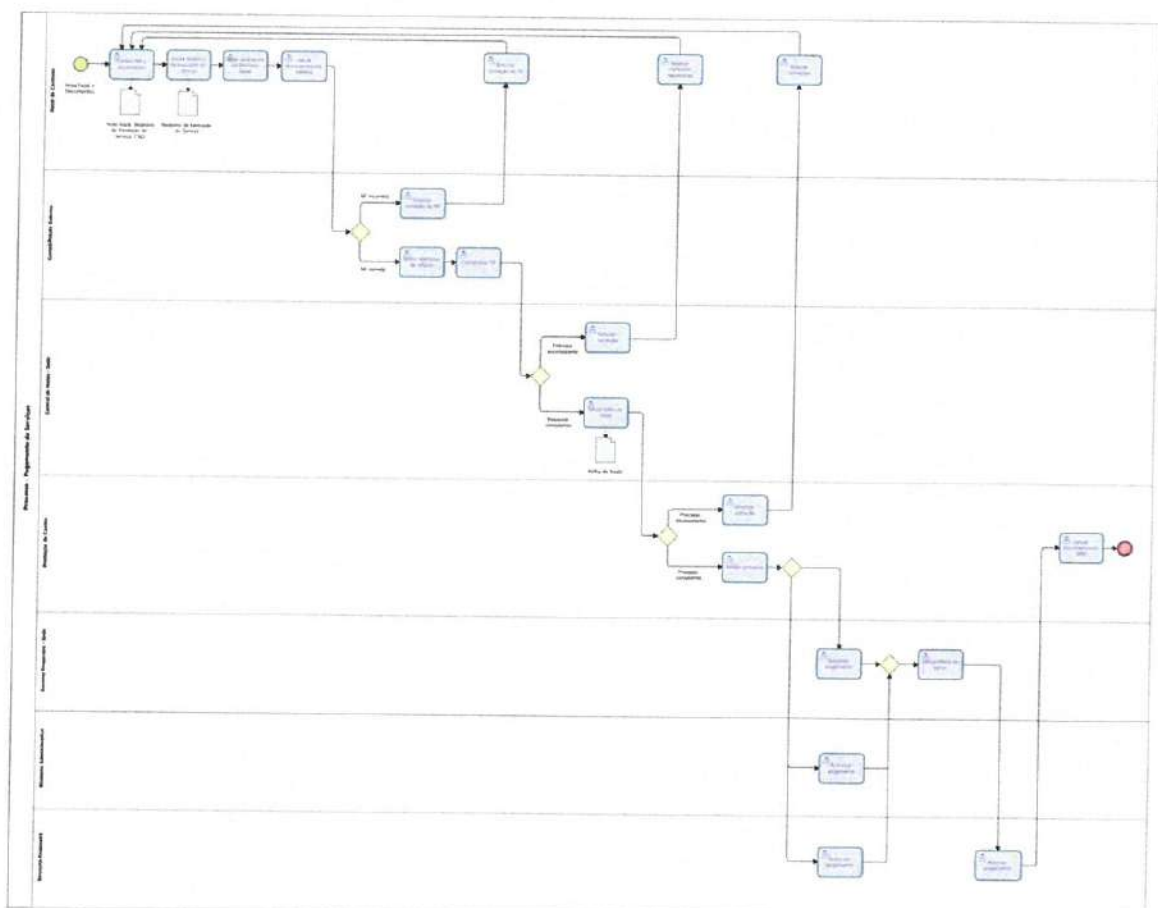
3) Após adequação das planilhas, o Setor de Prestação de Contas faz a conferência e posteriormente importa no sistema SIPEF.

4) Os arquivos são disponibilizados em PDF e o relatório de transmissão de Prestação de Contas gerado.

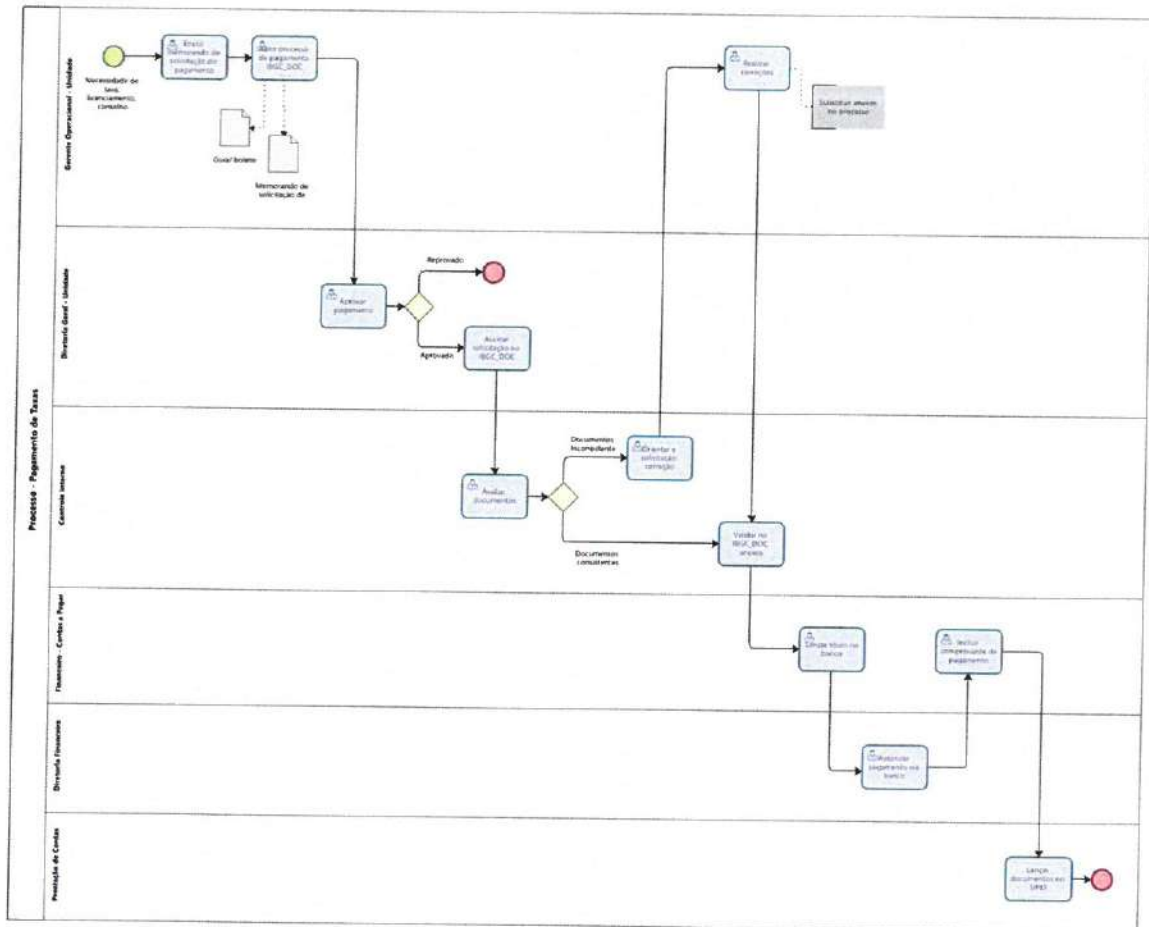
FLUXOGRAMA:



Fluxo para Registro de Pagamento de Prestadores de Serviços



Fluxo para Registro de Pagamento de Taxas




3.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS

O Centro de Material e Esterilização (CME) é definido pelo Ministério da Saúde como um conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e a distribuição dos materiais.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 307 de 14 de novembro de 2002, considera o CME como sendo uma unidade de apoio técnico responsável pelo fornecimento de artigos médico-hospitalares devidamente processados, resultando em condições adequadas para atendimento direto e assistência à saúde de indivíduos enfermos ou sadios. Podendo se localizar dentro ou fora da edificação usuária dos materiais.

Cabe a esse serviço a responsabilidade pelo processamento de todos os artigos médico-hospitalares, desde a limpeza, a seleção quanto à integridade e funcionalidade e o acondicionamento em embalagens adequadas, até a distribuição desses artigos esterilizados a todas as unidades consumidoras, de forma a assegurar-lhes a quantidade e qualidade necessárias à realização de todos os procedimentos assistenciais para o desenvolvimento do plano terapêutico dos clientes. Essa unidade tem um papel fundamental na assistência e no desenvolvimento das atividades de todas as unidades hospitalares e deve-se ressaltar seus aspectos estruturais, administrativos, econômicos e técnicos, à garantia da qualidade dos artigos odonto-médico hospitalares.

Segundo a SOBECC4, a área física do CME deve permitir o estabelecimento de um fluxo contínuo e unidirecional do artigo (o qual é exigido pelas leis sanitárias), evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, como também evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice e versa.

Para o estabelecimento de um fluxo unidirecional, é necessário que haja barreiras físicas entre as áreas: suja (expurgo), limpa (preparo de material e preparo da carga de esterilização) e estéril (retirada de material estéril da autoclave, guarda e distribuição de material estéril). O acesso de pessoas deve se restringir aos profissionais da área.

A equipe de enfermagem que trabalha nesta unidade presta uma assistência indireta ao paciente tão importante quanto à assistência direta realizada pela equipe de enfermagem que atende aos pacientes nas unidades assistenciais. O cuidado de enfermagem, realizado por esses profissionais, se materializa em um ambiente distante do paciente, mas intimamente relacionado com o cuidado direto, uma vez que é dotado de complexidades, tecnologias e saberes específicos em prol da segurança do paciente, contribuindo para uma assistência livre de danos e agravos à saúde e, conseqüentemente, para a qualidade da assistência prestada pela instituição.

A ANVISA, através da RDC nº 15, de 15 de março de 20125, estabeleceu os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos, abrangendo serviços de saúde públicos e privados, além das empresas processadoras de produtos.

Assim, o CME se destaca no contexto da organização dos serviços de saúde por ser uma unidade de apoio técnico as demais unidades assistenciais e de diagnóstico que

necessitem de produtos para saúde processados indispensáveis ao desempenho técnico da equipe, proporcionando segurança e eficácia na prestação de cuidados ao paciente.

A dinâmica do processamento de produtos para a saúde no CME é bastante intensa e específica, o que requer adoção de fluxos bem definidos quanto à recepção, limpeza, enxague, secagem, preparo e embalagem, desinfecção, esterilização, guarda e distribuição dos produtos utilizados nos diversos setores da unidade. Para isso, se faz necessário que a equipe de trabalho envolvida tenha suas atribuições e responsabilidades profissionais formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas, servindo também como subsídio para identificação da carga de trabalho da unidade e adequação de dimensionamento de pessoal.

Fluxo Unidirecional para Materiais Esterilizados no HECAD

Desinfecção:

É o método usado para destruição de micro-organismos patogênicos ou não, na forma vegetativa (não esporulada). Reprocessa os artigos não críticos ou semicríticos visando garantir o reuso seguro.

Fatores que interferem na desinfecção: limpeza prévia, presença de carga orgânica e/ou inorgânica, o tipo e nível de contaminação microbiana, a concentração e o tempo de exposição ao germicida, a configuração do produto para saúde, o pH, a dureza da água.

A desinfecção subdivide-se em três níveis:

Desinfecção de Alto Nível – Destrói todas as bactérias vegetativas, micobactérias, fungos, vírus e parte dos esporos. O enxague deve ser feito preferencialmente com água estéril e manipulação asséptica.

Desinfecção de Nível Intermediário – Viruscida, bactericida para formas vegetativas, inclusive contra o bacilo da tuberculose. Não destrói esporos.

Desinfecção de Baixo Nível – É capaz de eliminar todas as bactérias na forma vegetativa, não tem ação contra os esporos, vírus não lipídicos nem contra o bacilo da tuberculose. Tem ação relativa contra os fungos.

Esterilização:

É um processo que visa destruir todas as formas de vida com capacidade de desenvolvimento durante os estágios de conservação e de utilização do produto. Conservar é manter as características do produto durante a vida útil de armazenamento (vida de prateleira) à temperatura ambiente.

A esterilização é o processo pelo qual micro-organismos são mortos a tal ponto que não se possa mais detectá-los no meio-padrão de cultura em que previamente os agentes haviam proliferado.

É considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000.

A esterilização pode ser realizada por meio de processos físicos, químicos ou físico-químicos.

Métodos Físicos – Calor (autoclave ou estufa) ou Radiação Ionizante;

Método Químico – Agentes químicos

Método Físico-Químico – Meio físico (calor) em associação com agentes químicos

Área de Recebimento e Expurgo

É a área que se recebe todo o material proveniente dos vários setores da unidade de saúde, e ainda que sejam contaminados biologicamente, devem ser conferidos na sua chegada.

A execução da limpeza ou descontaminação ocorre nesse local.

Limpeza é o processo que visa à remoção de sujidade visível (orgânicos e inorgânicos) e, por conseguinte, a retirada da carga microbiana. Portanto, trata-se de uma etapa essencial e indispensável para o reprocessamento de todos os artigos odonto-médico-hospitalares.

No expurgo é ideal a manutenção de duas pias. Numa realiza-se a limpeza em outra o enxágue dos materiais:

Há duas maneiras de se realizar a limpeza dos artigos, manual ou automatizada:

A limpeza manual é o procedimento de remoção da sujidade e dos detritos para manter em estado de asseio os artigos. É executada por meio de fricção com escovas macias e do uso de soluções de limpeza. Não se deve usar lâ de aço, pois causa ranhuras na superfície dos instrumentais, além de desprender resíduos que podem gerar pontos de ferrugem.

A limpeza automatizada é desenvolvida por meio de equipamentos (lavadora ultrassônica, lavadora esterilizadora, lavadora termo desinfetadora, lavadora de descarga, lavadora pasteurizada e lavadora de túnel que operam em diferentes condições de temperatura e tempo.

Área de Preparo e Acondicionamento no HECAD

Nessa área, os artigos odonto-médico-hospitalares limpos são inspecionados, selecionados, empacotados e identificados para posterior esterilização

Essa atividade tem como objetivo oferecer aos profissionais que utilizarão o artigo esterilizado, a segurança e o conforto de ter na mão o material completo, na sequência necessária e em perfeitas condições de uso. Este local deve ser amplo o suficiente para abrigar a quantidade e a diversidade dos artigos da instituição, sendo subdividida de acordo com o tipo de artigo a ser preparado.

Todo material ao chegar à área de preparo e acondicionamento, deve ser inspecionado quanto à sua funcionalidade, limpeza e integridade. Em seguida, os artigos são acondicionados em diferentes tipos de caixas e embalagens, de acordo com a padronização e métodos de esterilização existentes na instituição.

Os invólucros garantem a esterilidade do artigo, devendo ser compatíveis com o método adotado e livre de resíduos tóxicos. Podem ser de algodão cru ou papel grau cirúrgico, crepado, filme transparente, tyvec, caixas de metal etc. Como exemplo, a equipe de enfermagem da sala de preparo, avalia a qualidade (integridade) do material, confere a quantidade de instrumentais na caixa de acordo com a identificação e o protocolo de caixas cirúrgicas e essa segue para o empacotamento duplo em manta de polipropileno.

A organização do trabalho na sala de preparo é essencial para o desempenho das atividades, portanto é necessário dividir em subáreas:

Subárea para Preparo de Materiais Especiais: confecção e acondicionamento de cotonetes, dissectores cirúrgicos, gaze para vídeo, cotonóides, gaze para amigdalectomia, tampão vaginal, tampão nasal, malha tubular, etc.

Subárea para Preparo de Material em Aço Inoxidável: Preparo e acondicionamento de bacias, bandejas, cubarim, cúpula e manipulador de foco, etc.

Subárea de Preparo de Instrumental Cirúrgico: conferência e acondicionamento de instrumentais cirúrgicos de aço inoxidável, alumínio em caixas, bandejas ou unitário em grau cirúrgico.

Subárea de Preparo do Artigo de Assistência Ventilatória e Respiratória: Preparo e acondicionamento de circuitos de ventilação mecânica e de anestesia.

Subárea de Preparo de Roupa Cirúrgica e Campo Operatório: Preparo e acondicionamento de campos cirúrgicos, aventais e campos operatórios (compressas).

Área de Armazenamento e Distribuição

Essa área tem por finalidade centralizar o armazenamento de todos os artigos reprocessados ou reesterilizados para serem distribuídos às unidades consumidoras.

A preservação da esterilidade dos artigos é o objetivo principal nessa área.

Os pacotes devem ser manuseados quando estiverem completamente frios antes de serem estocados ou removidos do carro esterilizador.

A área deve ser projetada de tal forma que não permita, no momento da distribuição, o cruzamento de artigo estéril com artigo não-estéril.

Deve ser fechada e possuir sistema de renovação de ar.

A temperatura ambiente deve ser mantida entre 18 e 22°C e a umidade relativa entre 30 a 60%. A importância de se manter um local com uma temperatura relativamente mais baixa e o controle da umidade, justifica-se microbiologicamente que, aliado ao aumento da temperatura no meio ambiente e a umidade, favorece o crescimento de microrganismos.

A distribuição de materiais como última etapa do reprocessamento, é feita de acordo com a necessidade das unidades consumidoras, atentando para a liberação dos materiais com embalagens íntegras e dentro do prazo de validade da esterilização e desinfecção de cada material. Um dos grandes questionamentos feitos pelos profissionais da saúde diz respeito ao prazo de validade dos materiais estéreis.

Na realidade o prazo de esterilidade dos materiais está intimamente ligado ao tipo de embalagem utilizado e não ao processo de esterilização escolhido. É a embalagem que determina o prazo de validade. Portanto, as embalagens utilizadas devem possuir barreira contra a contaminação.

Tipos de Embalagens:

As embalagens devem oferecer segurança e proteção ao material esterilizado. Os requisitos básicos para uma boa embalagem de esterilização são as seguintes:

- Ser apropriada para os materiais e métodos de esterilização;
 - Proporcionar selagem adequada e ser resistente;
-

- Proporcionar barreira adequada;
- Ser compatível e resistir as condições físicas do processo de esterilização;
- Permitir adequada remoção do ar;
- Permitir penetração e remoção do agente esterilizante;
- Proteger o conteúdo do pacote de danos físicos;
- Resistir as punções e rasgos;
- Ser livre de furos;
- Ser livre de ingredientes tóxicos;
- Não gerar partículas;
- Apresentar custo-benefício positivo;
- Ser usada de acordo com as instruções descritas pelo fabricante;

O prazo de validade da esterilização está relacionado com o tipo de invólucro, porém a condição de estocagem e o manuseio excessivo podem influenciar na validade.

No entanto, a boa prática recomenda que cada unidade valide seu processo de esterilização, bem como as embalagens utilizadas e o local de armazenamento.

Esta validação deve ser realizada através de amostras com culturas em laboratório. A referência dos prazos de validade por métodos de esterilização e tipos de embalagens do Ministério da Saúde (2001) encontra-se no quadro abaixo:

EMBALAGEM	MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO	PRAZO DE VALIDADE
Campo de tecido cru duplo	- Vapor	7 a 14 dias
Papel grau cirúrgico	- Vapor - Óxido de etileno	- 6 meses - 2 anos
Papel crepado	- Vapor - Óxido de etileno	- 6 meses - 2 anos
Tyvek	- Peróxido de hidrogénio - Óxido de etileno - Radiação gama	- 1 ano - 1 ano - 1 ano
Container com filtro microbiológico	- Vapor	- 6 meses
Container com filtro tyvek	- Peróxido de hidrogénio	- 6 meses



Manual de Normas e Rotinas da CME



Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 1 de 19	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

Sumário

1. DEFINIÇÃO	2
2. OBJETIVO	2
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA CME	2
4. ESTRUTURA FÍSICA	3
4.1 Área suja	3
4.2 Áreas de preparo e esterilização	5
4.2.1 Do Preparo do Material	6
4.2.2 Das Embalagens para Esterilização	6
4.2.3 Da limpeza dos Equipamentos e Áreas Físicas	6
4.2.4 Controle de Temperatura	7
4.2.5 Dos Cuidados Especiais	7
5. ÁREA DE MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO	8
5.1 Dos Indicadores Químicos:	8
5.2 Dos Indicadores Biológicos:	9
6. ÁREA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS	10
7. INVENTÁRIO	11
8. PEDIDO DE MATERIAIS DE CONSUMO	11
9. FOLHA DE PONTO	12
10. RECURSOS HUMANOS	12
10.1 Enfermeiro Responsável Técnico	13
10.2 Enfermeiro Assistencial	13
10.3 Enfermeiro OPME	14
10.4 Técnicos de Enfermagem	15

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 1 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

10.5 Assistente Administrativo.....	16
11. FLUXOGRAMA	16
12. REFERÊNCIAS	18
13. HISTÓRICO DE REVISÃO	18

1. DEFINIÇÃO

A Central de Material e Esterilização é uma unidade destinada à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização, à guarda e à distribuição dos produtos para as demais unidades de assistência à saúde. A RDC 15 de 2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos

2. OBJETIVO

Este manual foi elaborado com o objetivo de padronizar as normas e rotinas da unidade de central de material e esterilização do HECAD, bem como racionalizar os gastos e otimizar os recursos dos serviços decorrentes do custo x benefício de equipamentos, pessoal e investimento na estrutura física além de fornecer subsídios aos profissionais de saúde, que tem a responsabilidade de incorporar conhecimento para aperfeiçoar o desempenho de suas atividades e aprimorar a qualidade dos serviços prestados.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA CME

- Receber, conferir, lavar, desinfetar e separar os artigos para a saúde
- Receber as roupas vindas da lavanderia;
- Preparar os artigos e roupas;
- Esterilizar os artigos e roupas através de métodos químicos e/ou físicos;
- Realizar o controle microbiológico e o prazo de validade de esterilização desses produtos

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 2 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- Acondicionar e distribuir os instrumentais e as roupas esterilizadas
- Zelar pela segurança e proteção dos funcionários desse setor
- Estabelecer protocolos de segurança
- Registrar os processos executados no setor

4. ESTRUTURA FÍSICA

A CME do HECAD é classificada com CME classe II conforme critérios estabelecidos pela RDC ANVISA Nº15, DE 15 DE MARÇO DE 2012, dispoindo das seguintes áreas:

- Área suja: recepção e limpeza;
- Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo);
- Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

4.1 Área suja:

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

Os produtos para saúde passíveis de processamento, independente da sua classificação de risco, inclusive os consignados ou de propriedade do cirurgião, devem ser submetidos ao processo de limpeza da CME antes de sua desinfecção ou esterilização.

Os horários para entrega de material contaminado na CME são padronizados da seguinte forma:

- Manhã: 07:30h às 10:30h

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 3 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- Tarde: 13:30h às 15:30h
- Noite: 19:30h às 21:30h

OBS: A padronização de horários não se aplica em situações de alta, transferência e óbito de paciente, bem como materiais considerados de urgência, como materiais de assistência ventilatória e instrumentais cirúrgicos.

No tocante às almotolias, onde são distribuídas soluções devidamente fracionadas de alguns produtos para uso na saúde, o horário para sua entrega se restringe ao período da manhã, mediante a entrega das almotolias vazias para reposição.

Durante o recebimento, todo o material, seja termossensível, seja instrumental cirúrgico, entregue nesta área, deve ser conferido confrontando-o com o *checklist* padronizado pela instituição e descrito no livro de registro bem como na comanda (quando se tratar de materiais termossensíveis). Outro ponto relevante no tocante ao recebimento desses materiais, é a verificação da utilização de pré-lavagem (conforme POP de uso de pré-lavagem) do material entregue, quando aplicado a realização da mesma. Em relação aos materiais de OPME – Órtese, Prótese e Materiais Especiais – ao serem repassados do centro cirúrgico deverá ser conferido mediante a presença da ficha de controle de consumo de OPME, a qual deverá estar preenchida de forma completa e acompanhada da descrição cirúrgica. Ao ser identificado inconformidade do *checklist* com o material entregue pela unidade, durante a conferência, deve-se questionar ao colaborador que trouxe o material o motivo da ausência do item, bem como notificar e comunicar ao enfermeiro da CME para que o mesmo comunique a chefia responsável pela unidade para que a melhor conduta seja tomada. Os desinfetantes utilizados na área suja que são normatizados pela instituição consistem em: detergente enzimático, ácido peracético e ortoftaldeído.

- Detergente enzimático: Utilizado para todos os artigos termossensíveis e instrumentais cirúrgicos.
- Ácido Peracético: Utilizado somente para os termossensíveis
- Ortoftaldeído: Utilizado somente para os Endoscópios e Broncoscópio.

O colaborador escalado na área suja, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

Cuidados especiais no processo de limpeza e desinfecção

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 4 de 17	
7=Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- Após enxague do material que foi imerso em detergente enzimático, secar antes de colocar no ácido peracético para que não haja alteração na concentração do ácido.
- Realizar diariamente o controle da concentração do ácido peracético através da fita teste e registrar no livro de controle.
- Realizar, antes da imersão do endoscópio, o controle com fita teste, da concentração do ortofitaldeído e registrar no livro de controle. Para desativar o ortofitaldeído é necessário utilizar a glicina conforme período estipulado pelo fabricante.
- O tempo de troca do saneante deverá seguir a recomendação do fabricante, exceto quando a concentração do ácido estiver inadequada para uso conforme fita teste, devendo ser trocado imediatamente.
- O tempo de imersão do artigo hospitalar no saneante deverá seguir a recomendação do fabricante.
- Ao utilizar a lavagem automatizada, selecionar o ciclo compatível com o material a ser lavado, quais sejam: termossensíveis, traqueias ou instrumentais cirúrgicos, utilizando o carro de acoplamento adequado para cada material.
- Registrar a etiqueta de impressão do ciclo da termodesinfetadora em livro de registro.
- Em situações que a termodesinfetadora apresentar qualquer problema na execução do ciclo, comunicar imediatamente a enfermeira da CME para que a mesma entre em contato com a engenharia clínica.
- Registrar em livro de registro todo o material que vier acompanhado de perfuro-cortante para que seja repassado para o serviço de saúde ocupacional de saúde do trabalhador (SOST).
- Ao recebimento dos estribos registrar em livro de controle com os dados do paciente.

4.2 Áreas de preparo e esterilização

Consiste em uma área destinada a inspecionar, revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza, bem como preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados e encaminhá-los para esterilização devidamente identificado pelo profissional que os preparou.

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 5 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

4.2.1 Do Preparo do Material:

Ao receber a caixa proveniente do expurgo, deve ser identificada o tipo de caixa e prepará-la de acordo com o *checklist* correspondente. Ao preparar o material, deve ser colocado o integrador químico com identificação no verso do colaborador responsável pelo preparo, data e tipo de caixa, pois o mesmo será anexado ao prontuário do paciente. Quando se tratar de caixas de implantes de OPME, a mesma só deve ser esterilizada após conferência da Enfermeira ou técnica da OPME.

4.2.2 Das Embalagens para Esterilização:

As embalagens utilizadas pela instituição constituem: papel grau cirúrgico, tyvec, tecido de algodão e manta de SMS. As escolhas das embalagens devem ser feitas de acordo com tipo de esterilização, quais sejam: esterilização por vapor saturado e esterilização por peróxido de hidrogênio. São utilizadas na esterilização por vapor saturado o papel grau cirúrgico, tecido de algodão e manta de SMS, em contrapartida são utilizados na esterilização por peróxido de hidrogênio o tyvec e a manta de SMS. A validade das embalagens padronizados pela instituição segue da seguinte forma:

- Papel Grau Cirúrgico: 3 meses
- Tecido de algodão: 8 dias
- Manta de SMS: 6 meses
- Tyvec: 6 meses

4.2.3 Da limpeza dos Equipamentos e Áreas Físicas

Outro ponto relevante no tocante a área do preparo e esterilização é a limpeza das autoclaves e STERRAD. A limpeza da autoclave deve ser realizada todos os dias pelas colaboradoras escaladas para autoclave, com um pano úmido com água, e a cada quinze dias aplicar o desincrustante. A limpeza da STERRAD deve ser feita todos os dias com a retirada do prato de depósito de peróxido utilizando compressa umedecida com água. Além da limpeza, deve ser retirado os cassetes da caixa coletora de despezá-los em lixo contaminado, a cada 20 cassetes utilizados. Caso a caixa coletora

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 6 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

esteja danificada, trocá-la. Realizar a limpeza das bancadas diariamente com álcool a 70% a cada término do plantão. Realizar a limpeza terminal toda sexta-feira (paredes, vidros, chão e teto)

4.2.4 Controle de Temperatura

O colaborador escalado preparo, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.

4.2.5 Dos Cuidados Especiais

- Separar e conferir peça por peça, estado de conservação para detectar se há sujidade, ferrugem, trincas, manchas e outros defeitos; caso identifique alguma alteração, sinalizar para enfermeira da CME providenciar a troca;
- Arrumar os instrumentais com as peças mais leves e menores sobre os maiores e mais pesados;
- Pinças curvas com a curvatura voltada para a tampa da caixa ou parte plastificada do papel grau cirúrgico;
- Priorizar os monopolares, bipolares, capa de stryker, óticas, pinças da videolaparoscopia e manoplas na esterilização por peróxido de hidrogênio;
- Cabos dos instrumentais voltados para a abertura de selamento do papel grau cirúrgico;
- Selecionar a embalagem de acordo com o processo: desinfecção (saco plástico), esterilização (papel grau cirúrgico, tyvec, tecido de algodão ou manta de SMS);
- Avaliar a necessidade de utilização de embalagem dupla (materiais pesados ou pontiagudos);
- Realizar o ajuste das embalagens duplas, verificando se elas não apresentam dobras internas e se estão acomodadas às partes externas;
- Selar a embalagem – deixar 3cm de borda. Para selagem do papel grau cirúrgico, a temperatura da seladora deve estar em 220°C e para a selagem do tyvec em 140°C.
- Identificar as embalagens com o nome do profissional que preparou, por extenso, a especificação do material, a data do preparo e a validade.

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 7 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- A diarista deve realizar o fracionamento diário das almotolias para as unidades com as seguintes soluções: éter, PVPI, Clorexidina alcóolica, Clorexidina 2%, água oxigenada e benjoim. Ao entregar as unidades registrar em livro a dispensação;
- Todo início de plantão abrir o livro de registro da equipe do plantão, bem como registrar as intercorrências ocorridas no plantão;

5. ÁREA DE MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

O controle do monitoramento da qualidade da esterilização é realizado através dos indicadores químicos e biológicos. Os indicadores químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Em contrapartida os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

5.1 Dos Indicadores Químicos:

Os indicadores químicos padronizados neste são os de Classe I - fita zebra - indicador externo que distingue materiais processados de não-processados, o de classe II – teste de Bowie&Dick - indicador para uso em testes específicos usado em situações relevantes ao equipamento, como o teste da eficácia da bomba de vácuo e o indicador Classe V – integrador - indicador interno que monitora todos os parâmetros críticos do processo de esterilização.

O teste de Bowie&Dick deve ser realizado todos os dias pela manhã antes do primeiro ciclo, com a autoclave vazia e após sua realização, observar o impresso e caso não identifique nenhuma alteração, registrar no livro. Caso observe que o teste apresentou alteração, comunicar a enfermeira da CME para que a mesma entre em contato com a engenharia clínica, e essa possa identificar e solucionar o problema. A autoclave somente deve ser liberada para uso após avaliação do teste Bowie&Dick

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 8 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

Todo pacote ou caixa de instrumental esterilizados devem ser identificados com um indicador químico de classe I (Fita Zebrada), que deverá ser examinado após a esterilização e antes da embalagem ser aberta para uso.

Todas as caixas cirúrgicas devem conter um indicador classe V, o que sinalizará que a caixa está em condições satisfatórias de esterilização. Os mesmos devem ser verificados antes do uso do instrumental e anexado ao prontuário do paciente.

5.2 Dos Indicadores Biológicos:

Da Autoclave:

O teste do indicador biológico da autoclave deve ser realizado todos os dias no plantão noturno a partir das 00:00h. Após realização do teste, as cargas só poderão ser liberadas com o resultado satisfatório após incubação de 3 horas da ampola do biológico e registrado seu resultado no livro. Em caso de alteração do teste, não liberar as cargas e comunicar a enfermeira da CME para que a mesma entre em contato com a engenharia clínica.

Da STERRAD:

O teste do indicador biológico da STERRAD deverá ser realizado todos os dias com base no horário realizado nas 24 horas anteriores. Durante a realização do teste biológico associar a um indicador químico. Após leitura, caso não tenha nenhuma alteração anexar a etiqueta e tampa da ampola em livro de registro. Caso identifique alguma alteração na leitura comunicar a enfermeira da CME para que possa contactar com a engenharia clínica

Cuidados Especiais:

- Realizar manutenções preventivas das autoclaves pela engenharia clínica;

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 09 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- Realizar manutenção corretiva das autoclaves, por meio da engenharia clínica, sempre que identificar algum problema no funcionamento.

6. ÁREA DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

- Após passar por processo de esterilização e ou desinfecção química os artigos devem ser armazenados no arsenal. Durante o armazenamento seguir criteriosamente o local de cada material.
- Durante a dispensação dos materiais cirúrgicos registrar em livro cada tipo de material e quantidade dispensada.
- Para a dispensação de materiais termossensíveis, o colaborador da CME deverá conferir a comanda, que foi preenchida no expurgo, juntamente com o profissional da unidade responsável pelo recebimento, e em seguida arquivar em pasta, classificada por unidade assistencial.
- Durante a passagem do estribo, registrar em livro específico com os dados do paciente que irá utilizá-lo (data, nome, prontuário e setor) e assinatura do profissional responsável pelo recebimento.
- As caixas de OPME são enumeradas na sequência por tipo e quantidade de cada credenciada. Durante a dispensação dessas caixas deve ser respeitado criteriosamente o rodizio da sequência enumerada e registrado em livro o tipo de caixa, sala cirúrgica, responsável pela entrega e pelo recebimento.
- Ao dispensar a caixa de OPME, a mesma deve ser acompanhada de duas cópias de sua ficha de controle equivalente ao tipo de caixa.
- Ao se tratar da dispensação de placas especiais, a mesma deverá ser registrada no livro de controle específico, e entregue juntamente com a caixa da empresa correspondente. Além do registro em livro, preencher o impresso correspondente ao controle de entrega de placas especiais.
- Durante a passagem de material da neurocirurgia, todo material entregue deverá ser registrado em livro e constar assinaturas do colaborador da CME que dispensou e do

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 10 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

centro cirúrgico que recebeu. Além do registro em livro, preencher a comanda de controle de entrega de material da neurocirurgia.

- O colaborador escalado no arsenal, deverá registrar diariamente a temperatura do ambiente em livro de controle no início e ao final de cada plantão.
- O colaborador responsável pelo arsenal, deverá realizar limpeza das estantes, bancada e cestos aramados, semanalmente.

7. INVENTÁRIO

- O inventário de instrumental cirúrgico deve ser feito anualmente e registrado em planilha de acordo com o tipo e quantidade de caixas por especialidade.
- O inventário de campos cirúrgicos deve ser feito a cada 3 meses. Dessa forma certificar a necessidade de reposições e acréscimos de cada tipo de campo cirúrgico.
- O recebimento e dispensação de campos cirúrgicos devem ser registrados diariamente em planilha e censo.

8. PEDIDO DE MATERIAIS DE CONSUMO

- A solicitação de material de consumo deve ser feita diariamente pelo administrativo da unidade no início da manhã pelo sistema AGHU para a unidade de abastecimento e fornecimento e para farmácia.
- Após o recebimento do material de consumo, administrativo da unidade deverá guardá-lo e organizar em armário específico.
- O administrativo da unidade deverá prover os insumos para o abastecimento dos finais de semana e feriados.

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 11 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

9. FOLHA DE PONTO

- Fica estabelecido que todo dia primeiro, cada colaborador deverá conferir sua folha de ponto, solicitar ajuste se necessário e encaminhar para a chefia via SEI.
- Toda solicitação de abono, licenças, férias e folgas do TRE também deverão ser encaminhadas para a chefia da unidade, via SEI.
- No tocante à solicitação de folga referente a compensação de horas e a troca de folga da escala não deverão ser encaminhadas via SEI e sim acordada diretamente com a chefia.

10. RECURSOS HUMANOS

A equipe de enfermagem que trabalha nesta unidade presta uma assistência indireta ao paciente, tão importante quanto à assistência direta, que é realizada pela equipe de enfermagem que atende ao paciente.

O trabalho do enfermeiro no CME deve ser considerado um cuidado legítimo, por instrumentalizar o cuidado direto, na medida em que ocorre um reconhecimento de que o preparo de materiais é essencial para o cotidiano da prática assistencial da enfermagem.

A respeito das funções nesta unidade, do enfermeiro são exigidas competências pertinentes à administração do setor, ao desenvolvimento de atividades técnico-assistenciais e à gestão do capital humano, necessitando de um conjunto de saberes estruturados que possibilite o alcance das finalidades propostas para seu trabalho numa unidade que requer tanta responsabilização.

Nesta perspectiva, outro desafio que se apresenta ao enfermeiro do CME relaciona-se ao processo de trabalho em si desta unidade, marcado fortemente por uma ação de invisibilidade, dado que o cuidado indireto é menos valorizado, apesar de se constituir numa prática fundamentada em saberes tácitos e científicos que poderiam propiciar um reconhecimento social.

O quadro de pessoal da CME do HU-UNIVASF é composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo, cujas funções estão descritas nas práticas recomendadas da RDC 15 e SOBECC, descritas abaixo:

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 12 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

10.1 Enfermeiro Responsável Técnico:

- Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde;
- Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução;
- Garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades de processamento de produtos para saúde;
- Prover meios para garantir a rastreabilidade das etapas do processamento de produtos para saúde;
- Definir o prazo para recebimento pelo CME dos produtos para saúde que necessitem de processamento antes da sua utilização e que não pertençam ao serviço de saúde;
- Participar do processo de capacitação, educação continuada e avaliação do desempenho dos profissionais que atuam no CME;
- Propor os indicadores de controle de qualidade do processamento dos produtos sob sua responsabilidade;
- Contribuir com as ações de programas de prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo o controle de infecção;
- Participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME;
- Orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos;
- Elaborar relatórios mensais estatísticos, tanto de custo quanto de produtividade;
- Planejar e fazer anualmente o orçamento do CME com antecedência de 04 a 6 meses;
- Desenvolver pesquisas e trabalhos científicos que contribuam para o crescimento e as boas práticas de Enfermagem, participando de tais projetos e colaborando com seu andamento;
- Manter-se atualizado acerca das tendências técnicas e científicas relacionadas com o controle de infecção hospitalar e com o uso de tecnologias avançadas nos procedimentos que englobem artigos processados pelo CME.

10.2 Enfermeiro Assistencial:

- Planejar, coordenar e desenvolver rotinas para o controle dos processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição dos artigos;

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 13 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente, bem como divulgar entre os profissionais da CME e torná-lo disponível para consulta;
- Manter atualizado o manual de normas, rotinas e procedimentos do CME, que deve estar disponível para a consulta dos colaboradores
- Participar de comissões institucionais que interfiram na dinâmica de trabalho do CME.
- Participar da elaboração de sistema de registro (manual ou informatizado) da execução, monitoramento e controle das etapas de limpeza e desinfecção ou esterilização, bem como da manutenção e monitoramento dos equipamentos em uso no CME;
- Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME;
- Manter comunicação com a engenharia clínica, em situações que demandem atuação para conserto ou manutenção de materiais e equipamentos utilizados na CME;
- Elaborar e definir a escala de trabalho em cada área de atuação da equipe de enfermagem;
- Confirmar a programação diária das cirurgias verificando a disponibilidade das caixas cirúrgicas apropriadas, bem como roupas estéreis para atender ao procedimento cirúrgico agendado;
- Realizar a checagem da documentação de controle de esterilização;
- Acompanhar e controlar o estoque de materiais e roupas estéreis;
- Garantir a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de acordo com o ambiente de trabalho do CME.

10.3 Enfermeiro OPME:

- Coordenar e executar o processo de trabalho que envolve a OPME/ CME;
- Supervisionar e controlar os materiais de OPME consignados ao HU sob a responsabilidade da CME;
- Receber, mediante conferência e assinatura, as caixas de OPME consignadas ao HU, provenientes do almoxarifado;
- Receber, mediante conferência e assinatura, as caixas de OPME provenientes do almoxarifado recebidas para atender cirurgia eletiva e que não ficarão consignadas ao HU;

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 14 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- Realizar conferência da caixa de OPME após seu uso, por meio da ficha de consumo de OPME, registrando o lote da placa utilizada e encaminhar ficha para o almoxarifado solicitar reposição dos implantes utilizados;
- Confrontar a ficha de consumo de OPME com a descrição cirúrgica para verificar compatibilidade entre o que foi implantado com o que foi descrito e encaminhar para correção em caso de inconsistência, conforme fluxo definido em POP;
- Receber reposição do almoxarifado, mediante conferência e assinatura da ficha de consumo de OPME utilizada;
- Realizar reposição das caixas de OPME e revisar a caixa quanto aos implantes e instrumentais que as compõe para posteriormente disponibilizá-la para o preparo;
- Orientar e acompanhar o preparo das caixas de OPME, auxiliando os técnicos de enfermagem responsáveis pelo preparo;
- Supervisionar, coordenar e acompanhar o rodízio das caixas de OPME, conforme padronização da instituição;
- Verificar a programação diária de cirurgia, para prover os materiais de OPME apropriados para atender o procedimento cirúrgico;
- Participar de comissões institucionais que interfiram na dinâmica de trabalho da OPME/ CME;
- Promover capacitação e educação permanente envolvendo OPME;
- Registrar em livro específico, ocorrências de naturezas diversas, envolvendo as caixas de OPME;
- Desenvolver pesquisas e trabalhos científicos que contribuam para o crescimento e as boas práticas de Enfermagem, participando de tais projetos e colaborando com seu andamento.

10.4 Técnicos de Enfermagem:

- Receber, conferir e registrar na comanda e no livro os artigos e materiais cirúrgicos recebidos;
- Receber, registrar no senso e preparar roupas limpas advindas da lavanderia;
- Realizar a limpeza, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição de artigos;
- Guardar e distribuir todos os artigos e caixas de instrumentais e de OPME esterilizados;
- Fazer a leitura dos indicadores biológicos e do teste de Bowie&Dick, de acordo com as rotinas da instituição e sinalizar para enfermeira em caso de alteração do resultado;

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 15 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

- Realizar cuidados com artigos endoscópicos em geral;
- Revisar a listagem de caixas cirúrgicas, bem como proceder à sua reposição;
- Fazer listagem e encaminhamento de artigos e instrumental cirúrgico para conserto.

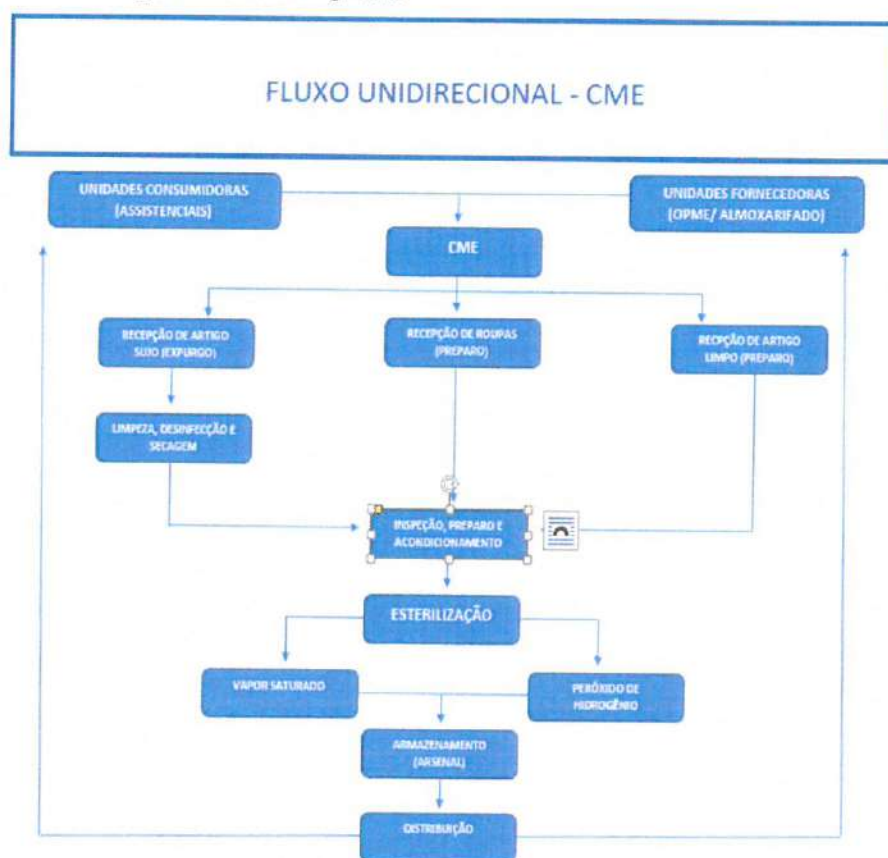
10.5 Assistente Administrativo

- Fazer os pedidos de consumo diariamente para a unidade de abastecimento e farmácia;
- Organizar os materiais de consumo nos armários;
- Prover a necessidade de impressos utilizados na unidade;
- Confeccionar a planilha de férias anualmente;
- Assessorar a chefia imediata de acordo com a demanda advinda da DIVGP;
- Conferir a folha de ponto e termos de compensação juntamente com a chefia imediata e colaborador caso necessite.

11. FLUXOGRAMA

O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, conforme Figura 01.

Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 16 de 17	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

Figura 1- Fluxo de artigo CME


Tipo do Documento:	MANUAL	MA.DE.001 - Página 18 de 18	
Título do Documento:	MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DA CME	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão: 01	

12. REFERÊNCIAS

SOBECC. Práticas Recomendadas SOBECC / Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado. 5ª edição. São Paulo: SOBEC, 2009.

RESOLUÇÃO - RDC Nº 15. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. DE 15 DE MARÇO DE 2012.

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ATUALIZAÇÃO
1ª versão	29/09/2020	

Fluxo Unidirecional par Rouparia/Lavanderia

A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde. Ela exerce uma atividade especializada, que pode ser própria ou terceirizada, intra ou extra-serviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

As roupas utilizadas nos serviços de saúde incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, propés, aventais, gorros, dentre outros. Por meio desses exemplos, percebe-se que existe uma grande variedade de sujidades, locais de origem e formas de utilização dessas roupas nos serviços de saúde.

As atividades realizadas na unidade de processamento de roupas não se aplicam apenas para roupas provenientes de hospitais, mas também de clínicas médicas e odontológicas e de outros serviços que realizam atividades assistenciais. Ressalta-se que, por serem provenientes de serviços de saúde, as roupas utilizadas nesses locais devem ser enviadas a uma unidade de processamento com especificidades que serão abordadas neste manual.

Um aspecto que atualmente tem influenciado a prática do processamento de roupas refere-se à tendência a se terceirizar esse tipo de atividade. Muitos serviços de saúde têm optado por essa prática abstendo-se, assim, da preocupação com a sua

administração, além do ganho de espaço físico para outras atividades relacionadas à assistência direta à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde as precauções padrões a serem adotadas nas lavanderias dos serviços de saúde são: utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI); lavagem das mãos; programas de vacinação, imunização contra Hepatite B e tétano; controle de acidentes com material perfurocortantes.

Prevenção quanto aos riscos biológicos: são aqueles que expõem os indivíduos a doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas.

Equipamentos: Em uma lavanderia de unidade de saúde existem alguns equipamentos fundamentais para todo o processo de lavagem da roupa, desde a sua coleta, passando pela lavagem em si, até o preparo e a entrega do material.

Utilizam-se equipamentos como: lavadora extratora hospitalar, extrator pendular (centrífuga), calandra e secadora.

Como funciona: O processamento das roupas hospitalares abrange todas as etapas pelas quais as roupas percorrem, isso desde a sua utilização até seu retorno em condições plena de reuso.

Denominamos essas etapas como: coleta (no expurgo) e transporte da roupa suja utilizada nos diferentes setores da unidade; recebimento, classificação, pesagem e lavagem da roupa suja na lavanderia; centrifugação, secagem e ou calandragem da roupa limpa; separação, dobragem e transporte da roupa limpa da lavanderia para a rouparia da unidade.

A padronização da roupa hospitalar é necessária para facilitar e reduzir os custos de sua operacionalização e ou processamento.

Essa padronagem abrange o modelo da peça, tipo de tecido e cor:

Toda a roupa de unidade de saúde, independente do grau de sujeidade, é considerada contaminada, em razão do próprio ambiente e da presença de pacientes portadores ou não de doenças infectocontagiosas e do seu eventual acompanhante.

Sendo assim, todo o processo de lavagem da roupa de serviços de saúde deve conter uma etapa de desinfecção, seja térmica ou química.

A lavanderia de serviços de saúde tem como objetivo transformar toda a roupa suja ou contaminada, utilizada na unidade, em roupa limpa.

O processamento de roupas dentro da unidade deve ser dirigido de forma que a roupa não represente um veículo de infecção ou contaminação.

Umectação: facilita o molhamento e a remoção (teor de sujeira) solúveis em água, presentes nas roupas, através do poder umectante de um tensoativo. Neste processo utiliza-se o nível de água alto.

Pré-lavagem: facilita a retirada de sujeidade dos tecidos (sujidade pesada) através de produtos específicos de lavagem, buscando remover 70% do teor de sujeira, onde uma única operação de lavagem não seria suficiente para removê-la. Nesta etapa utiliza-se produtos específicos e um nível de água baixo.

Lavagem: nesta etapa ocorre a completa remoção da sujeira, no caso de realização da pré-lavagem (sujidade pesada), ou como única fase, no ciclo de lavagem

de sujidade leve. Utilizam-se produtos para lavagem principal e nível de água baixo. Nesta fase, utiliza-se a temperatura elevada (acima de 85°C), após ser garantida a remoção de proteínas das roupas.

Alvejamento: este é um procedimento realizado para a retirada das sujeiras que possam tingir as roupas (retirada de manchas), através da utilização de substâncias químicas (cloro orgânico – pó, cloro inorgânico – líquido ou o peróxido de hidrogênio). O alvejamento promove a desinfecção da roupa e remoção de manchas sensíveis à oxidação. Utiliza-se nível de água baixo.

Acidulação: o objetivo é diminuir o pH, neutralizar os resíduos alcalinos da roupa, diminuindo assim o número de enxágues, eliminando o cloro residual dos alvejantes, onde se evita o amarelamento da roupa durante a secagem e calandragem. Isso favorece o amaciamento das fibras do tecido, reduzindo os danos químicos por alvejantes, favorecendo o poder de desinfecção, economizando água, tempo e energia elétrica.

Amaciamento: reduz o atrito da fibra do tecido na máquina, facilitando a passadoria, isso evita que o tecido fique enrugado na calandra, ele ainda reaviva as cores do tecido, melhora o acabamento e evita o desgaste mecânico precoce da roupa.

Enxágue: na etapa inicial – geralmente usado para roupas com sujeira pesada, principalmente, manchadas com fluidos como sangue e fezes. Já na etapa intermediária, eliminam a sujeira e produtos em suspensão na solução da lavagem.

A temperatura é um fator muito importante durante a lavagem, pois a escolha da temperatura adequada para cada tipo de lavagem ocasiona na proteção das roupas, além de obter resultados finais mais satisfatórios na remoção de sujeiras e desinfecção.

Como funcionam os processos de uma lavanderia:

- Coleta;
- Acondicionamento;
- Separação;
- Classificação;
- Pesagem;
- Lavagem;
- Centrifugação;
- Secagem e calandragem, dobragem e guarda;

Coleta e Acondicionamento:

A coleta é realizada em horários pré-determinados, uma vez que a roupa suja deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Durante esta operação, o funcionário responsável pela tarefa deve usar os EPI's (Equipamentos de Proteção individual) descritos: luvas de borracha, máscara e touca.

Depois de retirados os objetos estranhos, a roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon; para as roupas contaminadas devem ser usados sacos plásticos (de cor diferente da usada para lixo de serviços de saúde), os quais deverão ser fechados e identificados (nome da unidade e data da coleta).

Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do hamper e levado até a lavanderia do HECAD.

Separação e Classificação:

As roupas coletadas nos setores assistenciais e transportadas até as lavanderias são recepcionadas na área suja onde serão, separadas, classificadas e pesadas.

A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, coloração, tipo de fibra têxtil, tecido, formato, tamanho e ou tipo da peça.

Essa classificação tem a finalidade de agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto e as que terão o mesmo acabamento.

Na separação, é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas para a retirada de objetos estranhos como: instrumentos cirúrgicos, bacias, relógios celulares entre outros, já que, nesta fase, há grande risco de lesão com perfurocortantes, visando evitar que estes elementos acarretem acidentes ou entrem nas lavadoras, causando danos às máquinas e ao processo.

Os fardos ou sacos, já triados ou classificados, recebem uma marca ou identificação segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

O funcionário responsável por esta tarefa deve fazer uso de EPI's como: macacão de mangas compridas, avental impermeável, touca, máscara, luvas de borracha, botas de borracha e óculos de proteção; e sempre tomar banho de chuveiro com troca de roupa antes de sair da área suja.

Pesagem:

Após a separação, já em lotes ou sacos identificados quanto ao tipo de lavagem, a roupa é pesada novamente, para averiguação da capacidade das lavadoras.

A pesagem das roupas é indispensável para definir a carga correta que cada máquina comporta (uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de

lavagem), e facilitar a determinação das fórmulas mais adequadas de lavagem e a contabilidade de custos.

Após a pesagem, os fardos ou sacos de roupa devem ser levados até a(s) lavadora(s), onde todo o material necessário para a lavagem deve ser colocado à mão, para evitar desperdício de tempo e energia.

Lavagem:

Realizada na área suja, a lavagem é a atividade que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa e o nível bacteriológico é reduzido ao mínimo e aceitável para o uso, deixando-as com aspecto e cheiro agradáveis.

Não existe um único tipo de lavagem para a roupa da unidade de saúde, daí a necessidade de classificação da mesma, para se determinar o ciclo a ser utilizado.

O ciclo a ser empregado é conforme o grau de sujidade, do tipo de tecido da roupa, assim como do tipo de equipamento da lavanderia e dos produtos utilizados.

Centrifugação:

A carga de roupa lavada é distribuída uniformemente dentro do tambor, na sua capacidade.

A colocação é feita em pequenos montes de roupa, ajustados, em peso equilibrado, para evitar que o tambor, ao girar, se afaste do eixo, no ponto mais pesado, levando ao desbalanceamento do equipamento pela roupa, por torção ou repuxo.

Em geral, o peso da roupa lavada reduz 60%, depois de centrifugada, devido à eliminação da água.

Terminada a centrifugação, a roupa é retirada, selecionada, colocada em carrinho e encaminhada à secagem.

Na seleção, consideram-se os seguintes aspectos: tipo de tecido (liso, felpudo, algodão, acrílico, etc); tipo de roupa (lençol, toalha, roupa de vestir, etc); qualidade da limpeza (se requer nova lavação ou não devido à permanência de manchas).

A roupa destinada à secadora é colocada em carrinho próprio. O mesmo é feito com os lençóis.

Calandragem:

É a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves, campos, etc.). Após aquecimento, a calandra é operada continuamente, para evitar desperdício de energia.

Geralmente são necessários dois operadores para colocar a roupa molhada, e dois para retirar e dobrar a roupa seca.

Secagem:

Roupas como toalha, roupas de vestir, fraldas, cobertores, peças pequenas como máscaras, propés, gorros, compressas e outras, são secadas na secadora.

Depois de secar, as roupas são retiradas da secadora e encaminhadas para as mesas de dobragem e posteriormente para a rouparia para repouso.

A passagem a ferro é usada apenas eventualmente, ou para melhorar o acabamento de alguma roupa.

Estocagem:

A estocagem da roupa limpa é feita em um setor chamado rouparia, onde é feito todo um controle da roupa limpa, do estoque e de sua distribuição de forma adequada, em quantidade e qualidade, aos diversos setores do HECAD.

É nesse local que é feita a estocagem (repouso) da roupa, distribuição, baixa e reaproveitamento.

Costura:

As peças de roupa danificadas, aproveitáveis, são reparadas e recolocadas em uso. O conserto precoce amplia a vida útil da roupa.

As peças danificadas não aproveitáveis recebem baixa no estoque, porém algumas podem ser transformadas em outras peças úteis, como por exemplo uma toalha estragada que pode ser transformada em luvas de banho, um lençol de adulto em lençol de criança, ou outras.

Após o conserto, a roupa volta a ser processada.

No HECAD, todos os setores são dependentes do bom funcionamento de sua lavanderia, uma vez tratar-se de unidade que auxilia no enfrentamento e controle das infecções na unidade, na segurança e no conforto do paciente e acompanhantes.

TABELA 1 – ETAPAS DO PROCESSAMENTO X EQUIPAMENTOS

OPERAÇÕES DA UPRSS	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
COLETA	- Hampers - Carro de transporte
RECEPÇÃO e SEPARAÇÃO	- Carro de transporte - Mesa de separação
PESAGEM	- Balança
LAVAGEM	- Lavadora
CENTRIFUGAÇÃO	- Extratora - Carro de transporte
SELEÇÃO	- Carro de transporte - Mesa auxiliar
SECAGEM	- Secadora - Carro de transporte - Coifas (se necessário)
CALANDRAGEM	- Calandra - Carro de transporte
DOBRAGEM	- Dobradeira - Prensa
PRENSAGEM E PASSAGEM A FERRO	- Ferro elétrico - Mesa para passar - Mesa de apoio - Carro de transporte - Seladora
EMBALAGEM e PREPARAÇÃO DE KITS	- Carro de transporte - Mesa de apoio
CONFECÇÃO E REPARO	- Máquina de costura - Carro para transporte
DISTRIBUIÇÃO	- Carro de transporte

QUADRO 1 – BARREIRAS DE PROTEÇÃO UTILIZADAS NAS ETAPAS DE PROCESSAMENTO DA ROUPA

	Coleta da roupa	Transporte de roupa suja	Área suja	Área limpa
Roupa privativa	X	X	X	X
Botas			X	X ²
Calçado fechado e antiderrapante	X	X		X
Luvas de borracha de cano longo	X ¹	X ¹	X	
Máscaras			X	
Toucas/gorro	X	X	X	X
Proteção ocular			X ³	
Avental impermeável (sem mangas)	X	X	X ⁴	X ²
Avental de mangas longas			X	

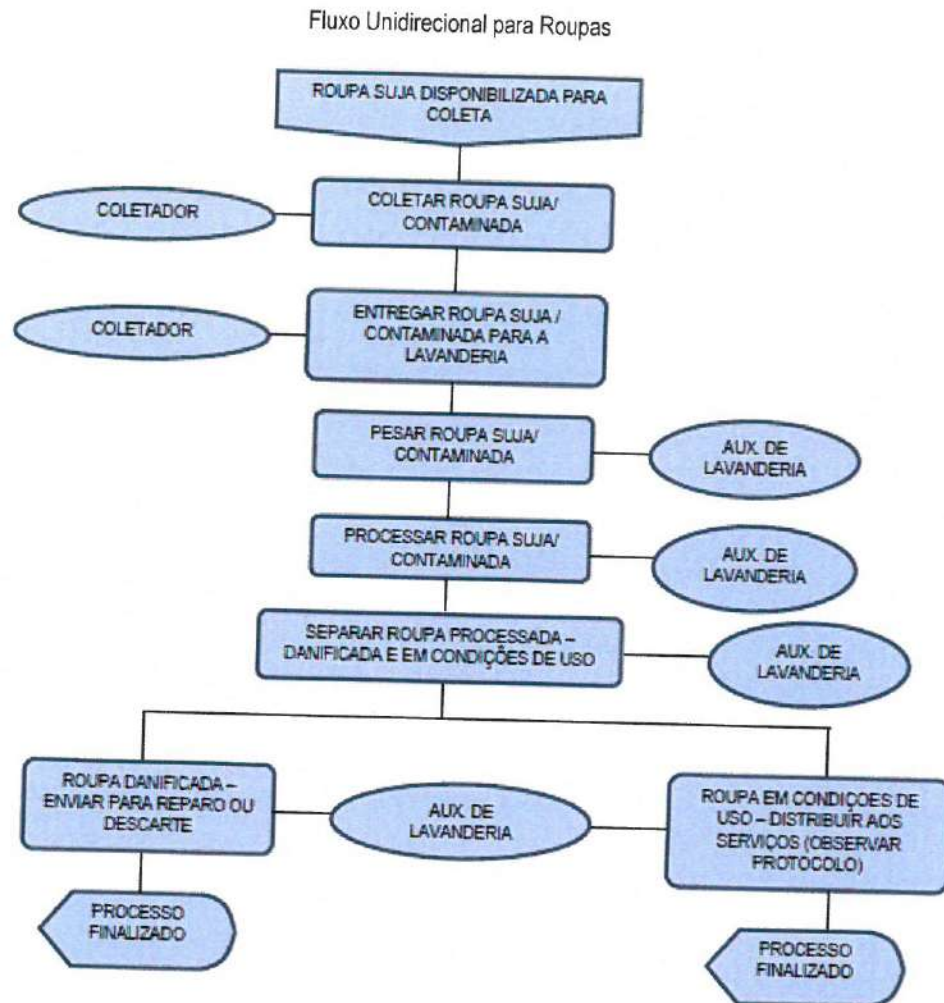
X¹ → Não tocar superfícies como maçanetas das portas e botão de elevadores com as mãos enluvadas.

X² → Utilizar na área limpa quando não houver lavadora extratora.

X³ → Durante a separação e classificação da roupa suja.

X⁴ → Utilizar quando o avental de mangas longas não for impermeável.

Deve-se proceder a higienização das mãos após a retirada dos equipamentos de proteção individual².



O Instituto Patris atenderá todos os requisitos e orientações do “Manual do Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos” elaborado pela ANVISA.

No Anexo I consta o Manual.

3.1.4. FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

Os resíduos de serviços de saúde requerem atenção especial dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destino inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema “fluxo unidirecional de resíduos de serviços de saúde” assume lugar de destaque entre as políticas públicas e na legislação brasileira, tendo como foco principal a segurança, a manutenção da saúde e vida e a sustentabilidade ambiental.

No Brasil, cabe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos de serviços de saúde.

Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Considerando os princípios do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada, que adota ações responsáveis na área da saúde como a melhor maneira de melhorar a realidade de onde atua, essa proposta assume o compromisso social e ambiental de contribuir com a administração pública nesta empreitada, através da adoção de um modelo de gestão responsável no que diz respeito ao controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.

Assim, o gerenciamento dos Resíduos de serviços de saúde do HECAD, será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS do HECAD, constará de instruções e rotinas escritas que obedecerão a critérios técnicos e sanitários, contemplando, assim, os aspectos de minimização na geração, acondicionamento, identificação, coleta, transporte interno, armazenamento temporário e externo, e será um documento integrante do processo de licenciamento ambiental da Organização.

O PGRSS será elaborado em conjunto pelos responsáveis pelo serviço de higienização, profissionais responsáveis pelas unidades assistenciais, CCISS - Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, Segurança do Trabalho, e Representantes dos serviços de apoio geradores de resíduos, contemplando todos os grupos de resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C e D), e atenderá integralmente ao roteiro da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC nº 1, de 29 de junho de 1998, RDC 306 ANVISA 2004 e CONAMA 358/2005.

Objetivo Geral

Descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação,

condicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente;

Atender as disposições contidas na legislação vigente, de acordo com a especificidade de cada serviço do HECAD;

Atender as orientações e regulamentações estaduais, municipais no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

Adotar as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores;

Estabelecer as rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço;

Descrever em protocolos operacionais as ações a serem adotadas em emergências e acidentes;

Estabelecer ações referentes aos processos de prevenção da saúde do trabalhador;

Registrar as informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos, além de inseridos nos sistemas de informação do HECAD e quando for o caso, da própria Secretaria de Estado de Saúde de Goiás;

Desenvolver e implantar programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de resíduos, os setores de higienização e limpeza, a CCISS e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

Atribuição e Responsabilidade

Será da responsabilidade do Instituto Patris no gerenciamento e operacionalização do HECAD, o gerenciamento dos resíduos obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana, através de um planejamento e implementação do processo, sob a responsabilidade da Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido - CGRS, que será criado sob a orientação da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde.

A Responsabilidade Técnica do PGRSS deverá ser assumida pelo enfermeiro responsável pelo Serviço de Higienização, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Certificado de Responsabilidade Técnica;

Atendendo a legislação vigente, a Comissão de Gerenciamento de Resíduos Sólido - CGRS será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral que norteará a periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas.

O PGRSS deverá atender aos seguintes tópicos:

1. Nome do estabelecimento
 2. Responsável pelo estabelecimento
 3. Caracterização do estabelecimento
 4. Planta do estabelecimento
 5. Comissão Responsável pelo PGRSS
 6. Fluxograma
-

7. Manejo
8. Segregação e identificação
9. Acondicionamento
10. Coleta
11. Armazenamento temporário
12. Tratamento
13. Armazenamento externo
14. Coleta e transporte externos
15. Disposição final
16. Cronograma de implantação
17. Estudo: unidade de saúde x resíduos gerados x quantidade
18. Avaliação e controle: construção de indicadores
19. Mapa de resíduos, incluindo o fluxo percorrido pelo resíduo
20. Rotinas de emergência
21. Cronograma de treinamento dos funcionários

Definições e Conceitos

Resíduos: Os resíduos serão recolhidos conforme legislação vigente e o estabelecido no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do HECAD e demais exigências legais nos termos da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC - nº 1, de 29 de junho de 1998, que aprova as Diretrizes Básicas e Regulamento Técnico para apresentação e aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde e da Lei Federal nº 12.305 de 2010. O recolhimento dos resíduos de serviços de saúde observará as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento, transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da legislação regente.

Manejo: O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final.

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

Identificação: Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS. A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos. A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, ou outros, desde que seja

garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS



O grupo A é identificado, no mínimo, pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco desenho e contornos pretos, acrescido da expressão RESÍDUO INFECTANTE.

O grupo B é identificado por meio de símbolo e frase de risco associado à periculosidade do resíduo químico. Observação – outros símbolos e frases do GHS também podem ser utilizados devem ser utilizados, de acordo com o risco do resíduo.

O grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta ou púrpura) em rótulo de fundo amarelo, acrescido da expressão MATERIA RADIOATIVO, REJEITO RADIOATIVO ou RADIOATIVO.

O grupo D deve ser identificado conforme definido pelo órgão de limpeza urbana.

O grupo E é identificado pelo símbolo de risco biológico, com rótulo de fundo branco, desenho e contorno preto, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE.

Manuseio e Acondicionamento: Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento. Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

Coleta Interna I: Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta. O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos. Cada unidade deverá especificar horário para remoção do RSS. Os recipientes para transporte interno devem ser

constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Abrigo Interno: Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro da unidade e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

Coleta Interna: Consiste na remoção dos containers da sala de utilidade para o abrigo externo é realizado conforme a necessidade do serviço. Ao término da coleta os recipientes são lavados com água e detergente e desinfetado com hipoclorito de sódio a 1% na área externa próximo ao abrigo externo.

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

Coleta Externa e Tratamento: Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento

e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

Embalagem: Embalar o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo 11 da NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 - Devem constar em saco individualmente, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um terço da altura de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei 6360/76, regulamentada pelo Decreto Federal nº 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto; trocar o saco plástico (embalagem) por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade. Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pela Contratante; e proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Classificação dos RSS e Condutas

Os resíduos serão tratados atendendo os conceitos a seguir, cuja simbologia e identificação dos locais de geração e fluxos são de responsabilidade da Unidade Assistencial.

Grupo A:

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

Grupo A1: Resíduos que necessitam de tratamento específico como:

Culturas e estoques de microrganismos;

Descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados;

Meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas;

Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos;

Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Conduta:

Acondicionar para tratamento em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos.

Tratamento:

Processo que garanta Nível III de Inativação Microbiana e desestruturação das características físicas;

Acondicionamento para descarte: sacos brancos leitosos.

Grupo A2:

Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de

microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

Grupo A3:

Resíduos que necessitam de tratamento específico;

Produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiar.

Conduta:

Acondicionar em sacos brancos leitosos revestidos por sacos vermelhos identificados com o símbolo de risco biológico e a inscrição "Peça Anatômica / Produto de Fecundação" e encaminhar ao necrotério

Comunicar o SCIH para preenchimento do formulário de autorização para encaminhamento adequado.

Grupo A4:

Resíduos que não necessitam de tratamento:

Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;

Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada;

Membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;

Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções;

Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;

Conduta:

Acondicionamento para descarte sem necessidade de tratamento: lixeiras brancas identificadas com o símbolo de risco biológico revestidas com sacos brancos leitosos.

Grupo B:

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente como os antimicrobianos, hormônios sintéticos, quimioterápicos e materiais descartáveis por eles contaminados.

Medicamentos vencidos, contaminados, interditados, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo.

Objetos perfuro cortantes contaminados com quimioterápico ou outro produto químico perigoso;

Mercúrio e outros resíduos de metais pesados. Saneantes e domissanitários;

Líquidos reveladores e fixadores de filmes (centro de imagem);

Efluentes de equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;

Quaisquer resíduos do grupo D, com risco de estarem contaminados por agente químico.

Conduta:

Os resíduos do grupo B devem ser acondicionados em embalagens rígidas, com tampa rosqueada ou na própria embalagem de origem, devidamente identificadas com o símbolo de substância química e a identificação da substância nelas contidas.

Grupo C:

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radio nuclídeos e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista;

São enquadrados neste grupo, todos os resíduos dos grupos A, B e D contaminados com radio nuclídeos, provenientes de laboratório de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia.

Conduta:

Estes resíduos quando gerados, devem ser identificados com o símbolo internacional de substância radioativa e separados de acordo com a natureza física do material, do elemento radioativo presente e o tempo de decaimento necessário para atingir o limite de eliminação, de acordo com a NE 605 da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

Devido as suas características de periculosidade, é aconselhável que os resíduos sejam manejados por pessoal capacitado.

Grupo D:

Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente. Suas características são similares às dos resíduos domiciliares.

Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos;

Peças descartáveis de vestuário;

Resto alimentar de pacientes;

Material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises – punção;

Equipo de soro e outros similares não classificados como A1 ou A4;

Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;

Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;

Resto alimentar de refeitório;

Resíduos provenientes das áreas administrativas;

Resíduos de varrição, flores, podas de jardins.

Conduta:

Os resíduos do grupo D não recicláveis e/ou orgânicos devem ser acondicionados nas lixeiras cinza devidamente identificadas, revestidas com sacos de lixo preto ou cinza.

Os resíduos recicláveis devem ser acondicionados nas lixeiras coloridas, identificadas.

Grupo E:

São os materiais perfuro cortantes ou escarificantes:

Objetos e instrumentos contendo cantos, bordas, pontas ou protuberâncias rígidas e agudas, capazes de cortar ou perfurar;

Lâminas de barbear, agulhas, escalpes brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, tubos capilares, lancetas, ampolas de vidro, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas;

Todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos, de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

Conduta:

Devem ser descartados separadamente em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento;

Os perfuro cortantes, uma vez colocados em seus recipientes, não devem ser removidos por razão alguma;

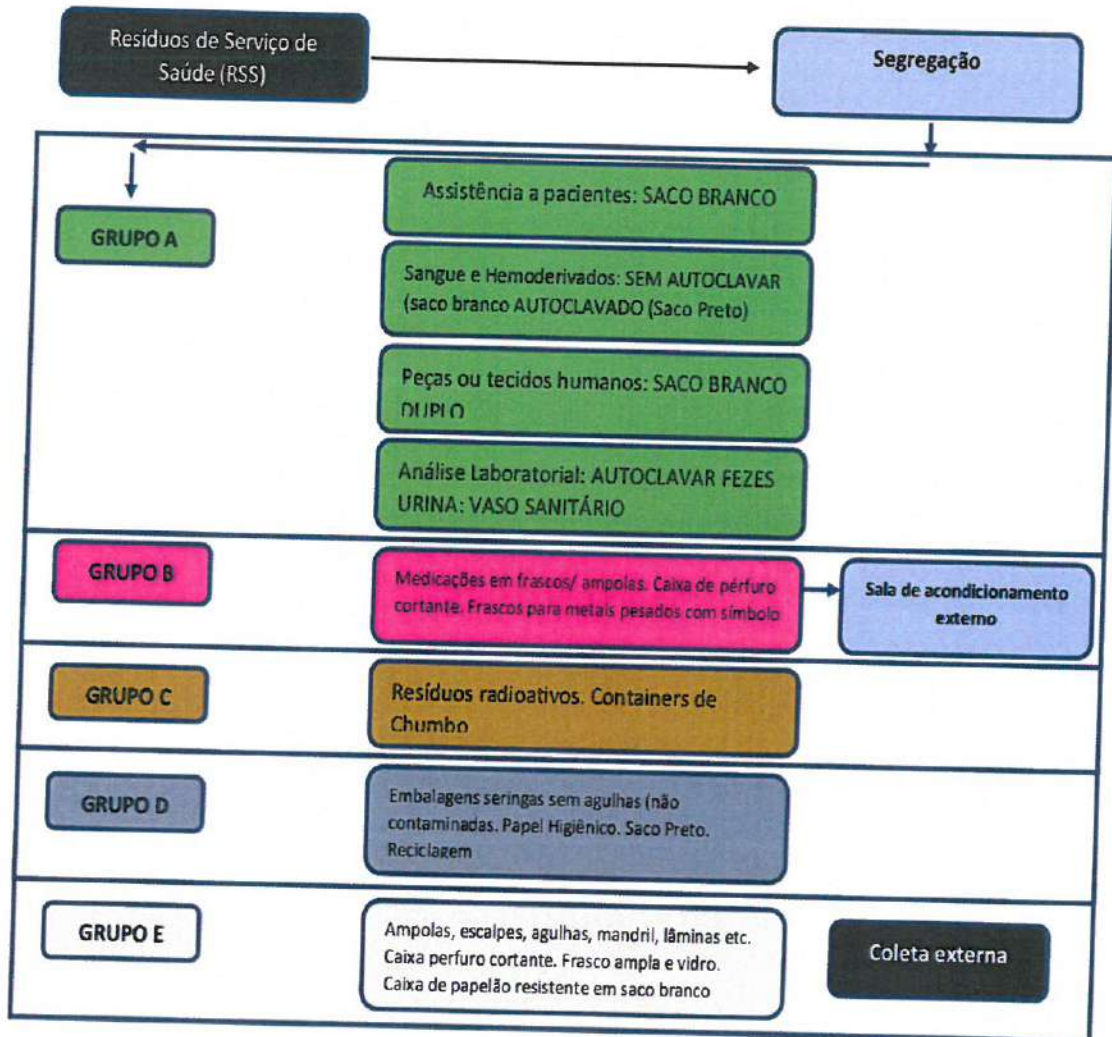
É importante observar o limite máximo permitido para o preenchimento de cada recipiente, para evitar acidentes;

As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente” (ANVISA, 2004).

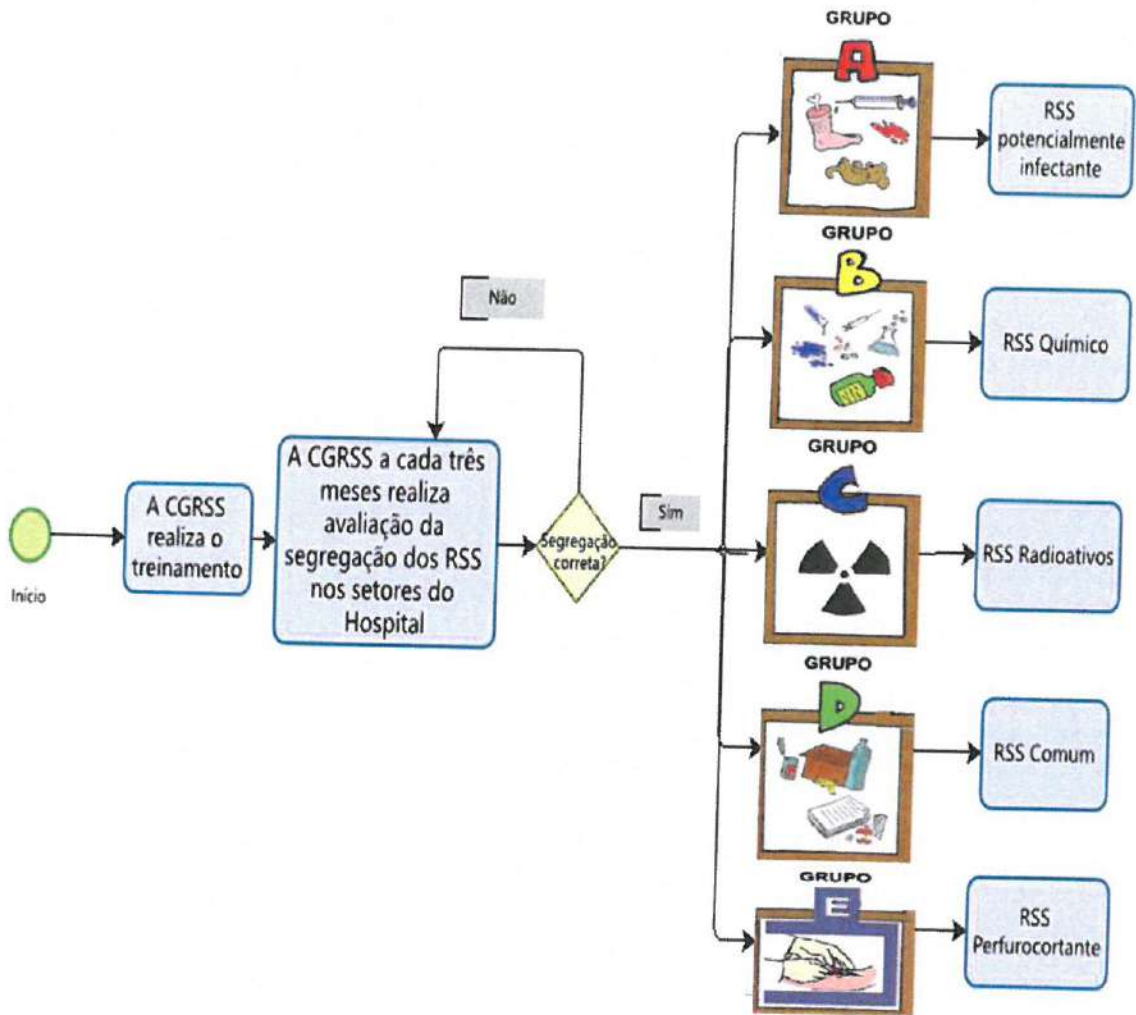
A gestão de resíduos de serviços de saúde, compreende diferentes ações, referentes à tomada de decisões que envolvem os aspectos administrativo, financeiro, social, ambiental e operacional e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de tais resíduos em todas suas etapas: geração, segregação, acondicionamento, transporte até a disposição final, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias compatíveis com a realidade local do HECAD.

Além de um Plano para adequado procedimento quanto aos resíduos de serviços de saúde no HECAD, conforme já descrito acima, é de extrema importância a definição de um FLUXO UNIDIRECIONAL, que é uma das partes integrantes dos demais processos relacionados à coleta e descarte de resíduos produzidos em uma unidade de saúde. Este e demais outros fluxos relacionados à coleta e descarte dos RSS estarão inseridos e serão parte integrante do Plano de Gerenciamento de RSS.

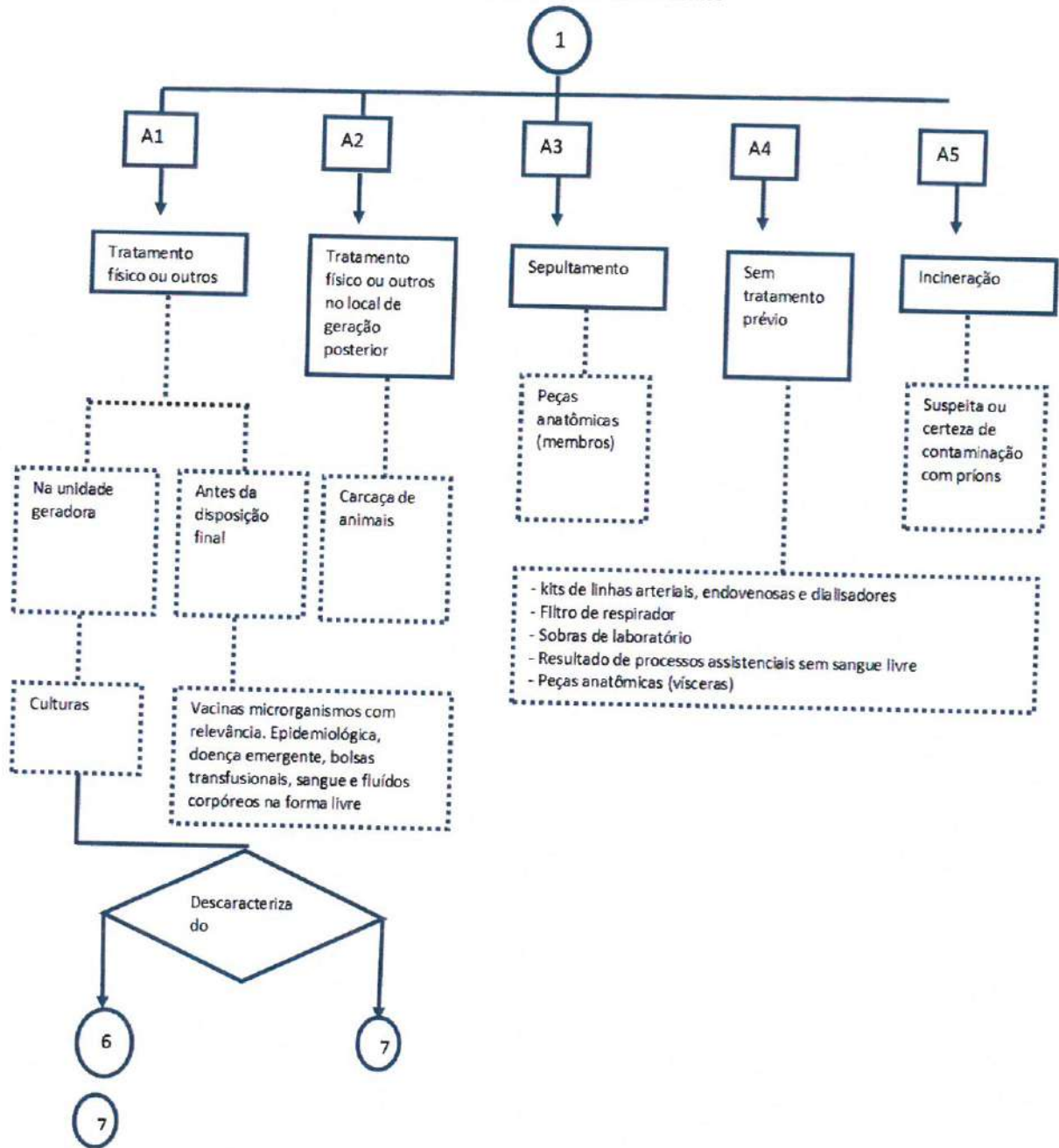
Fluxo Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde



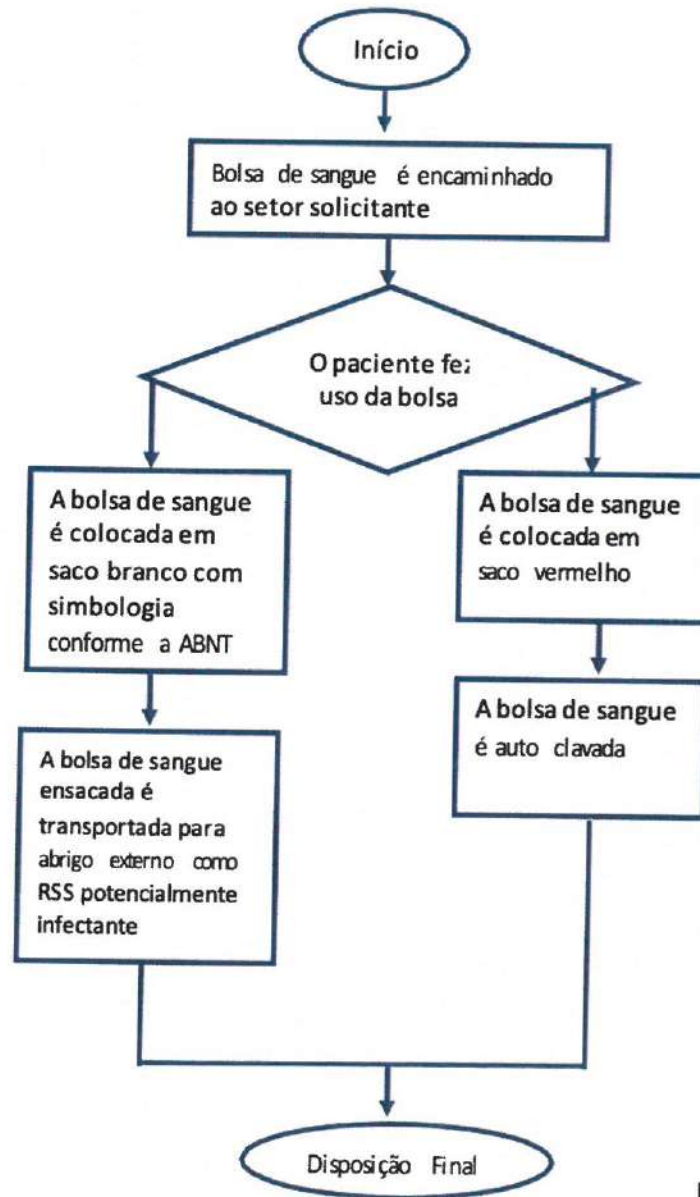
Fluxo Unidirecional de Resíduos de Saúde



Fluxo dos Resíduos Potencialmente infectantes

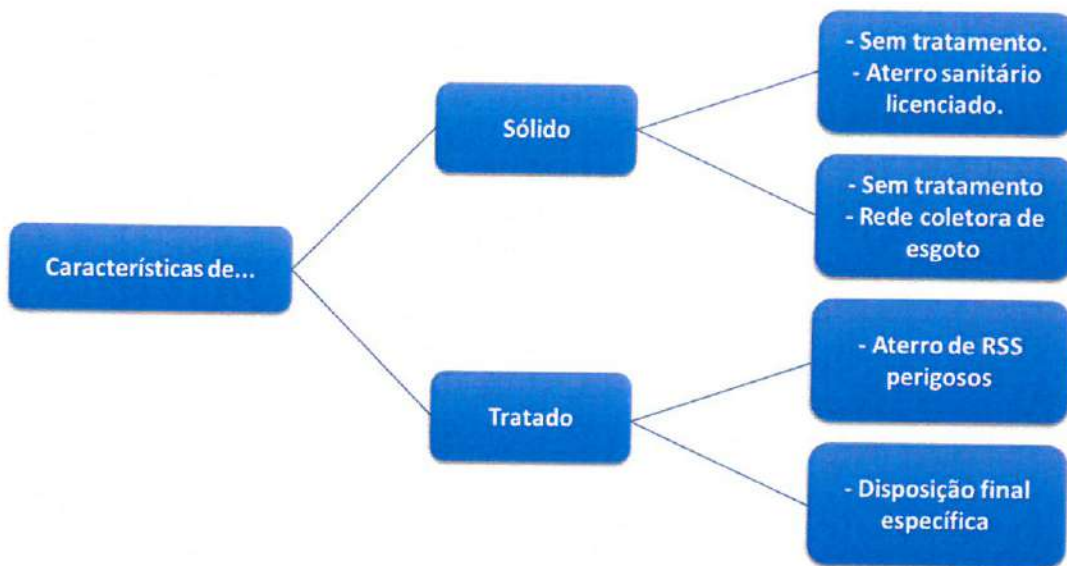


Fluxo de Descarte de Bolsas de Hemoderivados

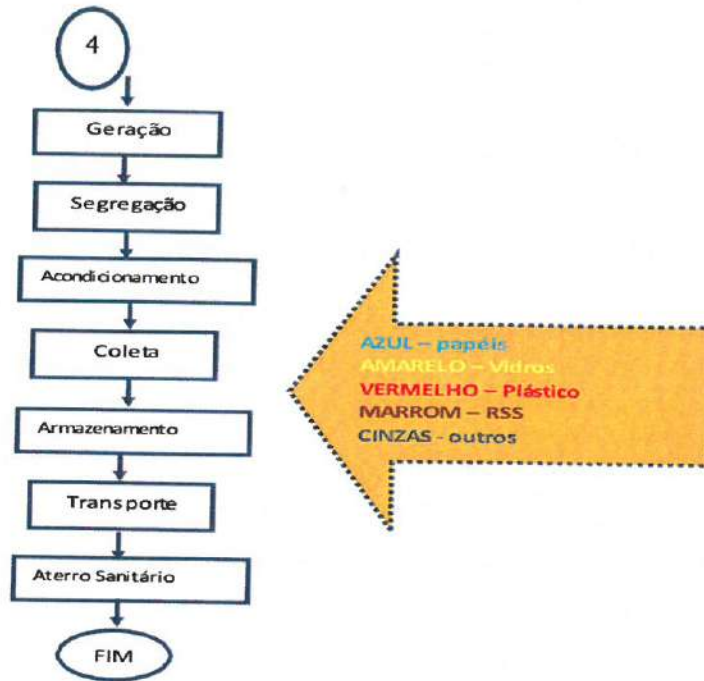


1

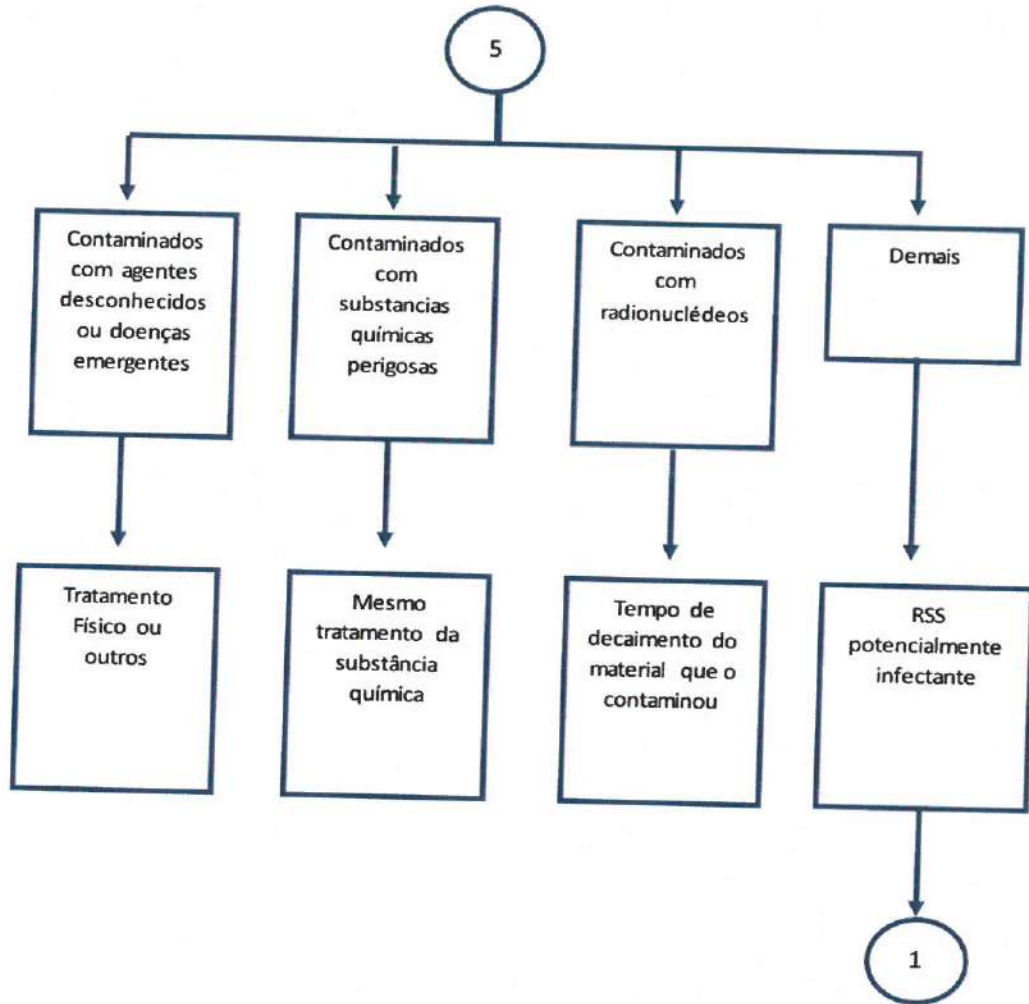
Fluxo dos Resíduos Químicos



Fluxo dos Resíduos Comuns



Fluxo dos Resíduos de Perfurocortantes



3.2. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES – IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO

3.2.1. IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

Um dos maiores desafios da gestão pública, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, é ofertar à população serviços de saúde com qualidade, segurança e no tempo certo demandado pelo cidadão. Suprir as unidades de saúde atendendo aos princípios da legalidade, qualidade, economicidade e rapidez, na hora certa e na quantidade certa, para efetivamente salvar vidas, é o grande desafio.

Os cenários que envolvem as organizações estão voltados para custos cada vez mais elevados, demandam cada vez mais por maior qualidade, bons serviços e pressão por produtividade, ou seja, é preciso prestar o melhor atendimento possível a um número cada vez maior de usuários com os recursos disponíveis.

Na área da Saúde Pública os processos logísticos, devido às suas características muito específicas, precisam ser encarados com uma abordagem orientada não só para a racionalização de custos, mas também como elemento fundamental de apoio à prestação de cuidados de saúde aos pacientes.

Para tanto, é necessário que haja um eficiente esquema de planejamento das atividades de compras, armazenagem e gerenciamento de materiais em estoque, bem como na distribuição desses materiais destinados ao uso em atividades hospitalares, uma vez que a falta de um mecanismo eficiente de controle impede a apuração das reais necessidades de abastecimento.

A falta de gestão dos fluxos de materiais dentro das unidades hospitalares gera desperdício. Geralmente, a distribuição do material para as unidades é feita por critérios

empíricos e sem controle real do consumo, causando excesso de disponibilidade de materiais e migração de produtos entre as áreas, o que causa a perda da rastreabilidade destes, não só dentro das unidades, mas também no sistema de saúde como um todo.

Para atender a um número maior de cidadãos, adequando maior produtividade com menor custo, torna-se imprescindível conhecer a composição dos custos como um processo norteador das decisões gerenciais, no que diz respeito à saúde financeira das unidades hospitalares. Assim, procura-se, neste item trazer o Manual de Logística e Suprimentos, que visa dar um norte para tudo o que envolver compras, armazenagem, manuseio, movimentação e distribuição no âmbito da rede pública de saúde, visando o fim do desperdício, a redução de custos e a excelência no atendimento. Nesse contexto, deverão ser adotados os seguintes procedimentos e ações pelo Instituto Patris na gestão do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD:

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

OBJETIVO:

O presente Manual de Procedimentos de Logística de Suprimentos, objetiva padronizar as rotinas e procedimentos da operacionalização e gestão da Cadeia de Suprimentos, composta por: Almoxarifado, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Central, bem como, estabelecer as atividades relacionadas à organização e coordenação das ações relativas ao planejamento, aquisições, armazenamento, rastreabilidade e disponibilização de materiais, insumos e os pertinentes serviços, para o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

A gestão de suprimentos, tem por objeto orientar e padronizar rotinas e procedimentos, permitindo a evidência e a transparência dos atos de gestão, desde o planejamento das aquisições até a movimentação de entrada e saída dos materiais médico hospitalares, medicamentos e demais insumos de consumo do Almoxarifado, Farmácia Central e Farmácias Satélites, considerando os critérios de sustentabilidade.

O Manual será atualizado pela unidade de saúde sempre que houver necessidade, especialmente quando ocorrer alteração na legislação pertinente ou quando a dinâmica da gestão assim determinar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Proporcionar a reflexão sobre um fluxo mais dinâmico, racional e eficiente dos materiais e medicamentos no âmbito das áreas e Unidades da rede pública de saúde;

2. Promover a interação dos Sistemas de Internação e Logística, que permite a precisão dos investimentos, considerado pelo profissional da logística como um centro de custos;

3. Rastrear materiais e medicamentos para um controle real do consumo;

4. Racionalizar recursos;

5. Reduzir custos;

6. Eliminar desperdício de materiais e medicamentos;

7. Atingir níveis satisfatórios de estoque para o abastecimento regular da rede de

8. Serviços;

9. Assistir melhor a Unidade de saúde, com estoques bem gerenciados, melhor controlados, mais eficientes e seguros;

10. Padronizar custos, materiais e medicamentos.

CONCEITOS BÁSICOS:

SUPRIMENTO HOSPITALAR

A Cadeia de Suprimentos é uma abordagem sistêmica, de razoável complexidade, que implica em alta interação entre os participantes, exigindo a consideração simultânea de diversos conflitos de decisão ("trade-offs"). Este modelo vai além das fronteiras organizacionais e considera tanto os conflitos internos quanto os intraorganizacionais. A

adoção do conceito de CADEIA DE SUPRIMENTOS INTEGRADA incentiva, através do processo de coordenação e colaboração, a busca e identificação de oportunidades deste tipo e sua implementação conjunta nesta unidade de saúde.

O Setor de Suprimentos/Farmácia é responsável por toda a cadeia de abastecimento dos insumos do HECAD. O mesmo possui características técnicas e administrativas, possuindo rotinas de funcionamento cujo objetivo é o ressuprimento de acordo com as demandas dos setores, garantindo a qualidade assistencial ao usuário e proporcionando as melhores condições de negociação para o Instituto. A gestão adequada do portfólio de produtos é indispensável para o bom funcionamento da rotina da Unidade.

FARMÁCIA

A Farmácia Central é uma unidade clínica de assistência técnica e administrativa, dirigida por farmacêutico, integrada funcional e hierarquicamente às atividades da Unidade de Saúde, conforme Resolução nº 300 – CFF. É responsável pela provisão segura e racional de medicamentos e produtos de saúde.

SÃO ATRIBUIÇÕES DA FARMÁCIA CENTRAL, COMO SERVIÇO ESPECIALIZADO:

- Administrar o estoque dos medicamentos de acordo com as necessidades da Unidade, realizando seleção e aquisição de medicamentos a partir do consumo médio, do estoque mínimo e do ponto de Ressuprimento;
 - Garantir que os medicamentos sejam distribuídos dentro da data de validade e que o local de armazenamento possua condições ideais de temperatura e umidade, visando à manutenção das características físico-químicas;
-

- Realizar a seleção e contribuir para a padronização dos medicamentos;
- Promover distribuição dos medicamentos de forma racional, adequada à estrutura da unidade de saúde;
- Orientar as especialidades médicas quanto ao uso correto dos medicamentos e sua conservação;

De acordo com a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, de acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Assistência Farmacêutica deve ser estendida como política pública norteadora para a formulação de política setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos, a manutenção, a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações.

FUNÇÕES E ATRIBUIÇÕES DA FARMÁCIA DE UNIDADES DE SAÚDE

COMPONENTE	OBJETIVO DA FARMÁCIA HOSPITALAR
GERENCIAMENTO	Prover estrutura organizacional e infraestrutura que viabilizem as ações da Farmácia.
SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	Definir os medicamentos necessários para suprir as necessidades do hospital, segundo os critérios de eficácia e segurança. Seguidos por qualidade, comodidade posológica e custo.
PROGRAMAÇÃO, AQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO, DISTRIBUIÇÃO	Definir especificações técnicas e quantidade dos medicamentos a serem adquiridos, tendo em vista o estoque, os recursos humanos e os prazos disponíveis. Suprir a demanda da unidade, tendo em vista a qualidade e o custo. Assegurar a qualidade dos produtos em estoque e fornece informações sobre as movimentações realizadas.

	Fornecer medicamentos em condições adequadas e tempestivas com a garantia de qualidade do processo.
INFORMAÇÃO	Disponibilizar informações independentes, objetivas e apropriadas sobre medicamentos e seu uso racional a pacientes, profissionais de saúde e gestores.
ENSINO E PESQUISA	Formar recursos humanos para a farmácia e para a assistência farmacêutica. Produzir informação e conhecimento que subsidiem o aprimoramento das condutas e práticas vigentes.

O Setor de Farmácia mantém sob seu Gerenciamento a Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácias Central, Satélites e Farmácia Ambulatorial, Almoxarifado e Orientações técnicas ao Setor de Compras e aos pertinentes processos administrativos. Esta Central é o maior centro estocador e compreende a área destinada ao armazenamento dos medicamentos e materiais médicos visando à manutenção das suas características físico-químicas conforme suas especificidades e distribuição dos mesmos às farmácias das unidades assistenciais.

A Farmácia Ambulatorial é voltada para o atendimento do público externo, é aquela cujo atendimento é destinado aos pacientes ambulatoriais da Unidade que fazem uso de medicamentos específicos de programas de saúde, prescritos pelo corpo médico do HECAD.

ALMOXARIFADO:

O Almoxarifado é o estoque responsável pelo armazenamento dos Materiais de Expediente, tais como: impressos, higienização, materiais de manutenção, lavanderia, copa e cozinha, entre outros. O Almoxarifado é responsável pelo atendimento dos

materiais de expediente dos setores, além do recebimento e distribuição dos produtos de aplicação direta.

GESTÃO DE ESTOQUES:

O Almojarifado e a Central de Abastecimento Farmacêutico são áreas de gerenciamento e delas originam-se as solicitações de compras programadas e emergenciais. Mantendo o contínuo planejamento, de forma a analisar, avaliar e/ou executar as atividades relativas ao Setor, assegurando à equipe multidisciplinar produtos médicos e farmacológicos indispensáveis à demanda da unidade de saúde especializada;

O Controle de estoque, armazenamento e distribuição de insumos será sistematizado, no que preconiza as normas de qualidade, garantindo o controle de qualidade desde o recebimento, estocagem e distribuição, observando prazos de validade e as normas técnicas para acondicionamento aplicado a cada produto; há participação do processo de seleção e padronização dos insumos da Unidade de saúde.

A Política de Qualificação de Fornecedores é imprescindível para assegurar o bom abastecimento de produtos e serviços, visando como resultado a garantia da assistência.

O software – MV a ser adotado pelo Instituto Patris permitirá o controle do fluxo do estoque. Para funcionamento do sistema eletrônico será necessário cadastro dos insumos na plataforma de trabalho, criação dos Centros de Custos adotados, entre outros.

A implantação do Sistema eletrônico de controle de estoque visa facilidade de gerenciamento e maior agilidade no processamento das compras. Para um efetivo controle de estoque a adoção do sistema eletrônico em toda a Unidade de Saúde é de relevante importância.

A programação dos insumos da Unidade hospitalar será realizada mensalmente. Esta programação é baseada em dados fornecidos pelo próprio sistema informatizado que deve estar sempre vinculado a uma base de cálculo instituída pelo gestor. O cálculo da programação dos insumos hospitalares é baseado no Consumo Médio Trimestral, Consumo Médio Diário, Estoque atual, Estoque de Segurança.

GIRO DE ESTOQUE:

Indicador contábil que permite verificar a eficiência de um setor de compras e suprimentos. É a relação entre os itens consumidos, por quantidade ou custo, em um determinado período e o estoque médio mantido naquele período. Também chamado de rotatividade do estoque, alcance ou turnover. O ideal é que este índice seja 1 (um), o que nos permitiria verificar um equilíbrio entre o capital investido e o valor consumido de um determinado item de estoque, não havendo sobra ou faltas em seu estoque.

Cálculo:

$$\text{IRE} = \text{MC}/\text{EM}$$

Onde:

IRE = Índice de Rotatividade do Estoque

MC = Saídas/Consumo no período (em unidades ou em custo)

EM = Estoque Médio no período considerado (em unidades ou em custo)

Consumo Médio Trimestral (CMT): Média do consumo dos insumos hospitalares nos últimos três meses.

$$\text{CMT} = \text{M1} + \text{M2} + \text{M3} / \text{n}$$

Onde:

CMT: Consumo Médio Trimestral

M1+M2+M3: Correspondem os últimos três meses

N: Número de dias correspondente aos três meses considerados

Estoque de Segurança (ES): caracterizado pelo estoque suficiente para evitar cessação de estoque diante da variabilidade da demanda e a incerteza do ressuprimento dos insumos, quando necessário; e depende da própria demanda.

Dias de Estoque (DE): número de dias de estoque que será mantido na Unidade hospitalar baseado no Estoque de segurança.

Estoque Mínimo (EMin): quantidade do insumo que desencadeia o processo de compras, de forma que o produto chegue antes de se atingir o Estoque de Segurança (ES).

O contínuo e efetivo controle de estoque é percebido através da realização de inventários, periodicamente a cada três meses. Através dos resultados dos inventários percebemos a evolução deste controle e são reportados os resultados para os Gestores e responsáveis pelas Controladorias e Auditorias Internas e Externas.

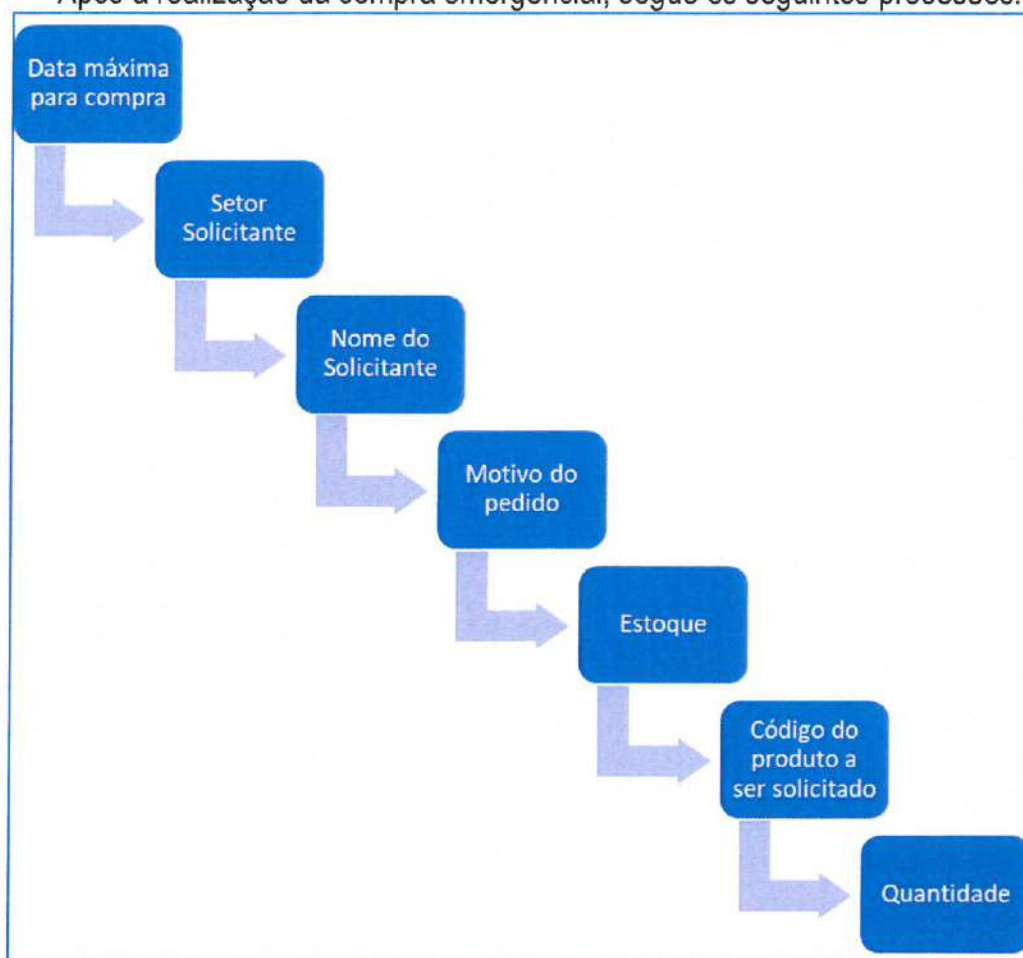
Adequação dos processos obedecendo os requisitos de acordo com as normas orientadoras do processo de acreditação hospitalar nível 1 (ONA).

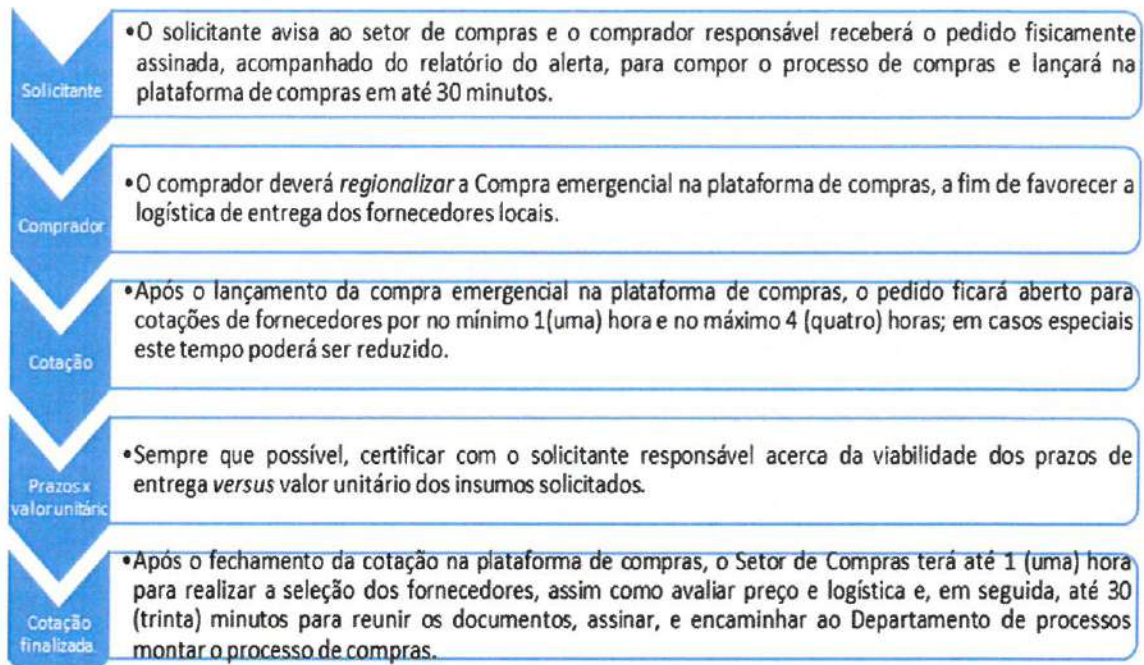
Nestes processos sistematizados executamos e aperfeiçoamos os indicadores utilizados para mensurar o desempenho dos processos e o estoque: O giro de estoque como um dos indicadores de maior significância na cadeia de Suprimentos, sendo fundamental para medir o desempenho do estoque que hoje em média indica 1,2 do giro (abordado em custo dos produtos e não quantidade pelo fato de termos atualmente 950 itens no universo de itens padronizados) evitando recurso imobilizado e garantido o seguro ressuprimento, o que é um importante passo para agregação na cadeia de valor da unidade.

Para assegurar a agilidade e qualidade na aquisição de medicamentos e materiais hospitalares para o suprimento das necessidades críticas ocorrendo situações emergenciais no Setor de Farmácia e Almoxarifado, os quais são responsáveis pelas solicitações de compras da Instituição, realizam diariamente a rotina de analisar o alerta de suprimentos como barreira de ruptura de estoque. O responsável pela atividade avalia diariamente o alerta on-line de Medicamentos/Materiais hospitalares. Este alerta está vinculado ao Sistema informatizado e fornecerá informações atualizadas do estoque virtual dos insumos. A solicitação é realizada por meio do sistema informatizado a compra emergencial:

Solicitação de compra → preenche as seguintes lacunas

Após a realização da compra emergencial, segue os seguintes processos:





AUDITORIA E MONTAGEM DE PROCESSO

PROCESSOS DE COMPRAS

Montar os processos de compras de forma que todos os documentos exigidos estejam presentes e de forma organizada. Portanto, conforme análise referente ao fluxo cronológico de emissão dos documentos que compõem o processo de compras verifica-se a necessidade de estabelecer a ordem de montagem dos mesmos de acordo com o Regulamento de compras e contratação de serviços do Instituto Patris, com intuito de manter a organização e precisão das informações contidas no processo.

Após a realização do processo de compras e consolidação das informações pertinentes, o comprador entrega toda a documentação a equipe de processo, que após o recebimento organiza a pasta, conforme descrição abaixo:



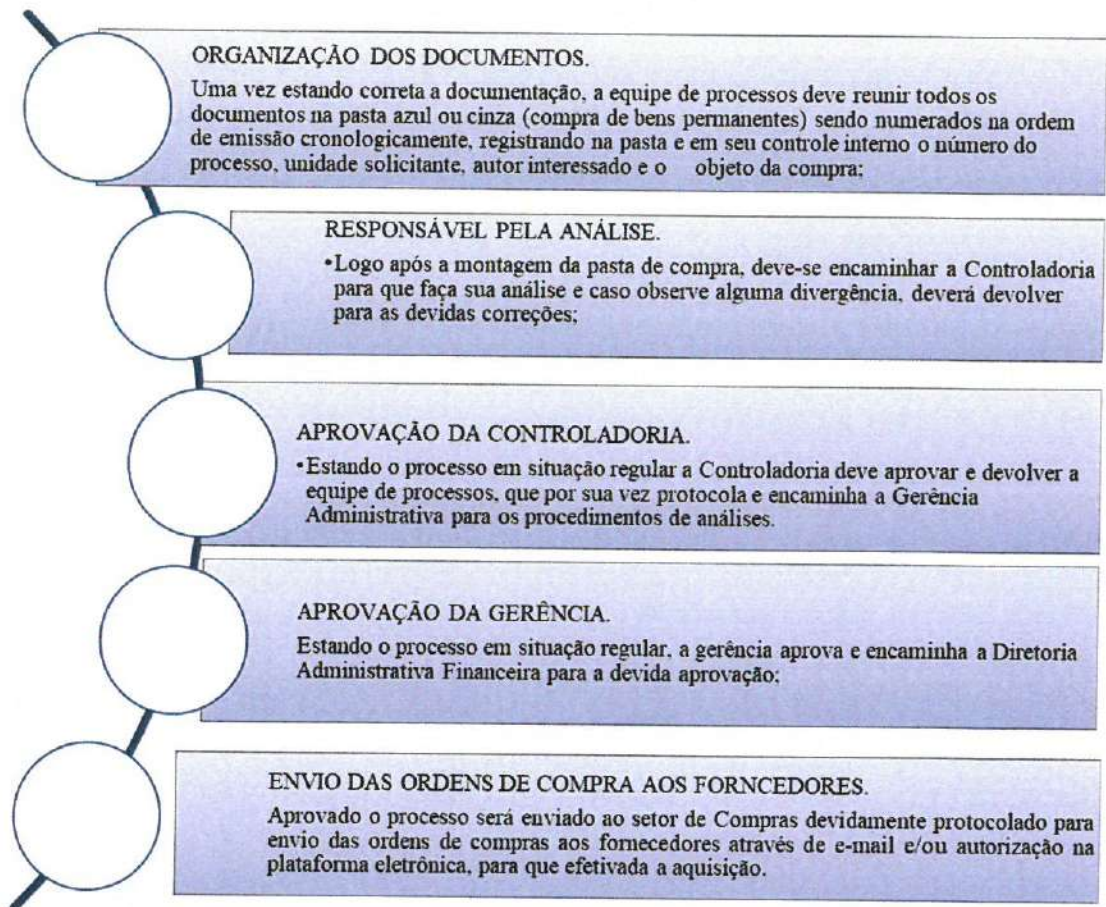
Processos com Cotações Realizadas Através da Plataforma



PROCESSO REALIZADO ATRAVÉS DE CONTRATAÇÃO:

- Contrato
- Orçamento ou Planilha de valores
- Ordem de Compra
- Folha de Informação

Proceder a análise todos os documentos recebidos (Pedido de compras, Ordem de compra, cotações e/ou carta de exclusividade, certidão de FGTS, Previdência Social, Dívida ativa da União e SEFAZ do estado de origem) e caso algum esteja em desacordo, esse é devolvido para as devidas correções:



PROGRAMAÇÃO, PROCESSOS INTERNOS: FARMÁCIA E DO ALMOXARIFADO

PROGRAMAÇÃO DE INSUMOS:

A Programação de compras de insumos representa uma atividade-chave, que tem por objetivo a garantia da disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população alvo, considerando um determinado período.

Na Farmácia Central e no Almoarifado, a gestão de estoques é ferramenta fundamental para a eficiência de prestação dos serviços farmacêuticos e deve ter como meta primordial evitar a ruptura dos níveis de estoque, o que determinaria a interrupção das atividades assistenciais.

A Programação de Compra de Medicamentos, Materiais Hospitalares e as demais espécies padronizadas é proposta pelo Farmacêutico e o Supervisor do Almoarifado, gestor do Setor.

Nesta etapa a função do Gestor é dimensionar, a partir do elenco de medicamentos padronizados, a aquisição dos insumos, considerando consumo histórico X capacidade instalada X dados epidemiológicos.

Através do Relatório de Consumo Médio Mensal de Medicamentos e Materiais hospitalares há a elaboração da Solicitação de Compra, que deverá ser estimada para o mês seguinte. Este relatório do Consumo Médio Mensal se baseará nos três últimos meses de consumo, a contar da data da programação.

Diariamente o farmacêutico responsável pela Central de Abastecimento Farmacêutica e Gestor do Almoarifado deverão retirar o Relatório personalizado do sistema eletrônico, este relatório é emitido através de um site que faz link com o Sistema Eletrônico e, conseqüentemente, com o estoque atual da Unidade. O Alerta de Medicamentos e Materiais hospitalares baseia-se no Consumo Médio Mensal, Consumo Médio Diário, Ponto de Pedido, Estoque atual e, prevê quantos Dias de Estoque se têm a partir do Estoque atual.

A partir da análise diária do Alerta de Medicamentos e Materiais hospitalares será avaliado o Consumo Médio Diário e pode-se lançar uma Compra Emergencial, caso o

Estoque atual não suporte o consumo até a data da chegada dos insumos solicitados na Programação.

RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOHOSPITALARES:

Após a autorização da Solicitação de Compra o Setor de Compras é responsável por emitir uma Ordem de Compra no Sistema Eletrônico.

O Recebimento de Medicamentos, Materiais Hospitalares e os demais insumos se dá na Central de Abastecimento Farmacêutico

Quando do recebimento dos insumos o auxiliar de farmácia da C.A.F. deverá imprimir a Ordem de Compra referente ao insumo a ser recebido, que contém detalhes da compra como valor unitário, quantidade adquirida, valor total, fornecedor ganhador. O auxiliar de farmácia é o responsável pelo recebimento de produtos.

O farmacêutico responsável pela C.A.F e Supervisor do Almoxarifado. Acompanhará o processo de recebimento dos insumos.

A entrada dar-se-á mediante conferência e lançamento das respectivas quantidades de insumos adquiridos por meio de conferência da Ordem de Compra e da Nota Fiscal do fornecedor, conferindo com o produto recebido, atestando o recebimento dos mesmos. Esta Nota Fiscal, com o atestado de recebimento deverá ser encaminhada ao setor de Compras para dar andamento no processo de pagamento.

ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES:

Consiste em garantir a integridade das características físico-químicas e microbiológicas dos insumos durante o período de estocagem, evitando perdas por desvio de qualidade ou por vencimento.

Utilizamos um sistema de informação que permite atualização dos registros de estoque, geração de pedidos, geração de relatórios de status de estoque e previsão de demanda.

O armazenamento de Medicamentos e Materiais médico-hospitalares é realizado em ambiente limpo, arejado e em condições ambientais ideais de temperatura (faixa de temperatura ideal: entre 15 e 25°C). O controle de temperatura do ambiente e equipamentos (geladeira) deverá ser realizado diariamente, três vezes ao dia (por volta das 08h, 12h e 18h).

O local de guarda do insumo é denominado “Localização”; portanto a “Localização” é um tipo de endereço de guarda do insumo. A “Localização” é registrada no sistema de informação utilizado na Instituição para cada insumo.

Devem ser observadas as especificidades de cada insumo e informações técnicas do Fabricante para realizar a guarda de forma adequada.

MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL:

Medicamentos entorpecentes ou psicotrópicos e outros relacionados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em especial, pela Portaria SVS/MS 344/98 e suas alterações, e que são capazes de causar dependência física ou psíquica.

De acordo com esta portaria, desde o momento da entrada do medicamento no ambiente hospitalar, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

Este profissional deve, de acordo com as normas estabelecidas, controlar a entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos em livros e registro específicos que devem conter necessariamente a unidade hospitalar, a numeração do receituário específico, o número e a nota fiscal equivalente ao registro de entrada. (Art.65, 98).

O estoque desses medicamentos é de responsabilidade do farmacêutico e segundo a legislação, essas substâncias “deverão ser obrigatoriamente guardadas sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim”.

A dispensação destes medicamentos deverá ser registrada em livro específico, que se baseia nas substâncias constantes das listas "A1" e "A2" (entorpecentes), "A3", "B1" e "B2" (psicotrópicas), "C2" (retinóicas para uso sistêmico) e "C3" (imunossupressoras), "C4" (Antirretrovirais), "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) e "C5" (anabolizantes).

MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS:

São aquelas sensíveis a condições extremas de temperatura cuja exposição a essas condições pode danificar suas propriedades farmacológicas, e logo seu efeito

desejado. Necessitam de guarda em faixa de temperatura ideal, que compreende entre 2 e 8°C.

Tais medicamentos deverão ser armazenados em geladeiras, que se encontram na C.A.F. e nas Unidades de Ambulatório, as quais tem Controle de temperatura diário averiguado três vezes ao dia (por volta das 08h, 12h e 18h).

FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS:

O Fracionamento de medicamentos consiste num processo de manipulação do medicamento acabado que tem por objetivo principal fornecer os medicamentos na menor unidade possível, devidamente embalados e identificados. As informações contidas na embalagem primária deverão ser reproduzidas na etiquetagem da dose individualizada.

Os objetivos específicos deste processo são:



RASTREABILIDADE DE MEDICAMENTOS:

O principal objetivo deste processo é monitorar a dispensação e, posteriormente, a administração destes medicamentos no paciente; mantendo-se o controle sobre lote e validade dos medicamentos nestes processos através do sistema de informação utilizado na Instituição.

Para promover a rastreabilidade dos medicamentos faz-se necessária a emissão de uma etiqueta contendo o nome do medicamento, lote, validade e código de barras. Cada medicamento deverá ser, portanto, etiquetado, o que permitirá a leitura através de leitor de código de barras e baixa no sistema.

A rastreabilidade de medicamentos permite assegurar a dispensação para o paciente com controle do lote/validade do medicamento que será utilizado. Esta ação é uma das ferramentas para medidas de Segurança do Paciente na Prática Segura de Prescrição, Dispensação e Administração de medicamentos.

DISPENSAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS:

A dispensação de medicamentos é uma atividade técnico-científica de importância para a observância ao tratamento e, portanto, eficaz quando bem administrada. A implantação de um sistema racional de dispensação de medicamentos e materiais hospitalares deve buscar processos que garantam a segurança do paciente, a orientação necessária ao uso racional do medicamento.

Os objetivos da dispensação são:



CICLO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

PRESCRIÇÃO:

O médico prescritor realizará a prescrição de forma eletrônica. Ao finalizar a prescrição, automaticamente uma Ficha de Solicitação ao Estoque da Farmácia. Esta Ficha de Solicitação ao Estoque dispõe dos medicamentos que foram prescritos e aprazados pela Equipe Médica, horários de aprazamento, dose prescrita, quantidade a ser dispensada baseada na dose.

DISPENSAÇÃO:

O farmacêutico responsável pela unidade de dispensação Farmácia Central, Satélite e Farmácia Ambulatorial, realiza a triagem da Solicitação ao Estoque recebida checando as compatibilidades quanto a dosagem, posologia e via de administração do medicamento prescrito. As Solicitações ao estoque previamente triadas deverão ser repassadas aos Auxiliares de Farmácia para que os mesmos separem os medicamentos, materiais médico hospitalares, soluções de grande volume e eletrólitos que constam na solicitação.

É realizada a montagem do Kit de Medicamentos separado por paciente e horário de administração dos medicamentos. Os Kits de Medicamentos são distribuídos para as respectivas Unidades de Assistência conferidos pela Equipe de Enfermagem, para posterior administração.

Uma das causas de redução de erro de dispensação de medicamentos é a conferência do medicamento pela Farmácia e Equipe de Enfermagem, devendo desta forma ser uma das etapas a ser cumprida antes da entrega dos medicamentos para a Enfermagem.

A adoção desse sistema permite:

- Maior controle sobre a dispensação de medicamentos pela Farmácia;
- Prescrição seja analisada pelo farmacêutico;
- Redução dos estoques nas Unidades Assistenciais,
- Visto que a Farmácia pode estabelecer devoluções;

- Faturamento mais apurado do gasto por paciente;
- Redução potencial dos erros de medicação;
- Aumento da integração do farmacêutico à equipe de saúde.

O Sistema de Distribuição de medicamentos no HECAD será baseado num Sistema Descentralizado. O Sistema de Distribuição de medicamentos Descentralizado existe quando há mais de uma unidade de distribuição situada em locais estratégicos destinados a uma demanda diferenciada de medicamentos. Estas unidades são denominadas farmácias satélites e estão ligadas à Farmácia central por normas e rotinas operacionais e técnicas. A necessidade da descentralização da distribuição surge quando existem setores com demanda diferenciada.

No contexto de Segurança do Paciente, é necessária a avaliação farmacêutica das prescrições. Na Triagem das prescrições o farmacêutico deverá avaliar a concentração, viabilidade, compatibilidade físico-química e farmacológica dos medicamentos, dose, forma farmacêutica, via e horários de administração, devendo ser realizada antes do início da dispensação/manipulação e uma conferência final após a montagem dos kits de medicamentos.

O farmacêutico deve avaliar as prescrições e realizar as intervenções relevantes para a conduta no manejo da farmacoterapia, com tomada de decisão junto com a equipe multiprofissional.

DEFINIÇÕES E MÉTODOS DE CONTROLES

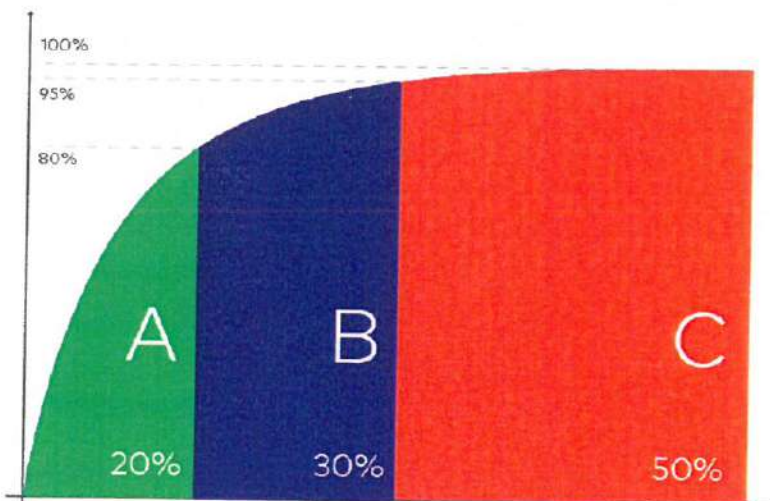
CURVA ABC

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:

- Classe A: 20% dos itens representam 80% do valor do estoque;
- Classe B: 30% dos itens representam 15% do valor do estoque;
- Classe C: 50% dos itens representam 5% do valor do estoque.



Agora basta identificar que: a CLASSE A é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A CLASSE B é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.



A CLASSE C é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

INVENTÁRIO:

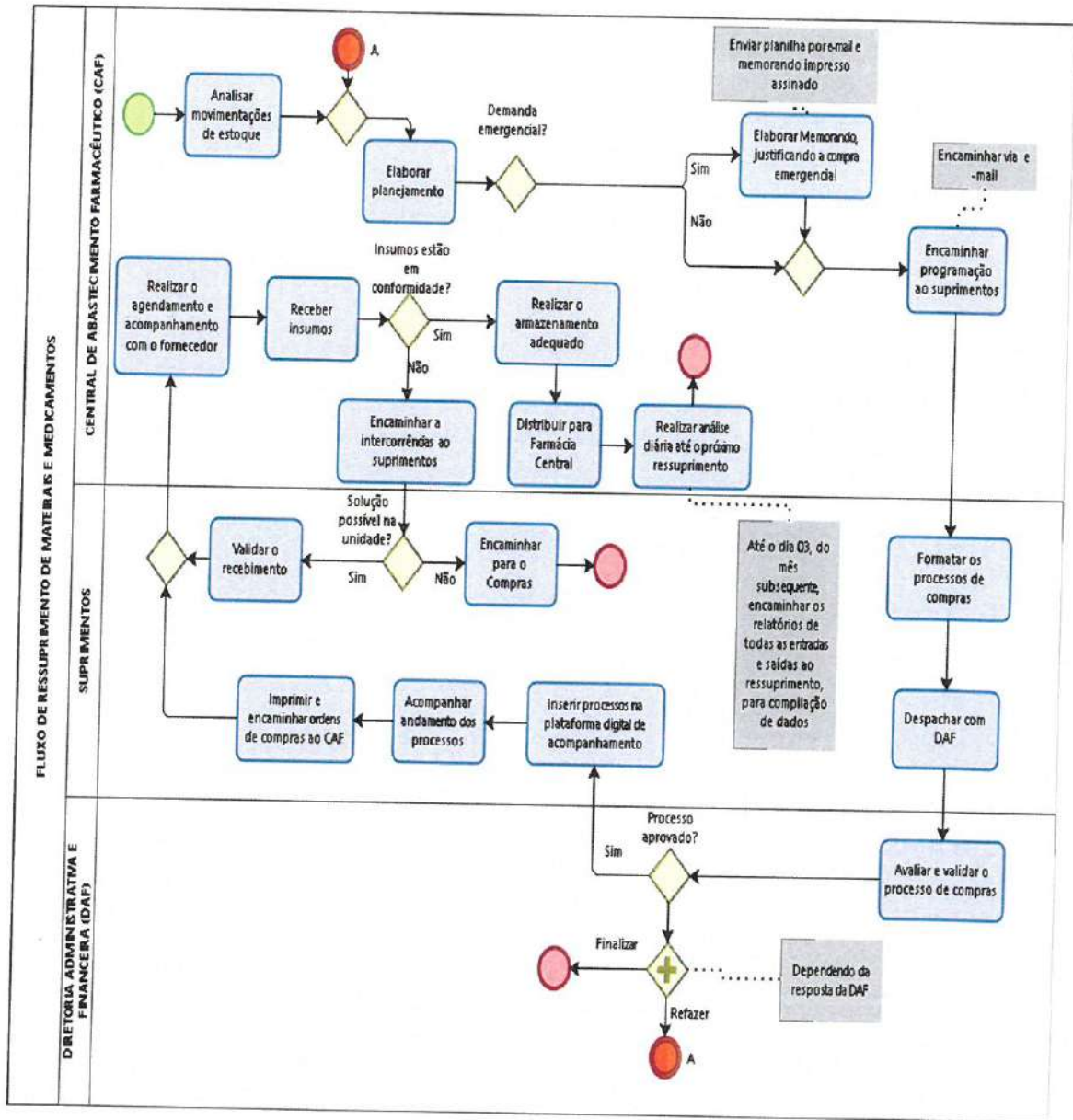
A realização de Inventários no Setor de Suprimentos deverá ocorrer TRIMESTRALMENTE.



Formulário de Avaliação dos Fornecedores

		GESTÃO DA QUALIDADE FORMULÁRIO				
PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES						
Código:		Setor:		Revisão:		Página: 1/1
PARA COMPOR A VALIDAÇÃO CADA CRITÉRIO TEM VALOR (SIM= 2 PONTOS)						
ANALISE CRITICA			FORNECEDOR	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
Qualificação está sendo mantida: documento proposto para a qualificação do fornecedor no ato da sua contratação, estão mantidos e atualizados?(SIM =2 PONTOS)						
Entrega conforme contrato: os acordos pactuados referentes a resultados e prazos e resoluidade e e entregas estão sendo mantidos de acordo ao contrato?(SIM=2 PONTOS)						
Qualidade e presteza na resoluidade dos problemas: as melhorias apresentadas ou solução de problemas ocorrem de forma ágil e sem burocracia? (SIM = 2 PONTOS)						
Facilidade ao acesso imediato ao fornecedor: o meio de acionar o fornecedor é realizável (SIM = 2 PONTOS)						
Eventos Adversos: ocorreu algum descumprimento ou quebra de contrato? (NÃO= 2 PONTOS).						
Armazenamento	Proteção/Acesso		Recuperação	Retenção	Disposição dos registros	
Pasta do Setor	Pasta do setor/ Pasta do colaborador		Por Nome	1 Ano	Incineração	

Fluxo de Ressuprimento de Materiais e Medicamentos



3.2.2. PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE

Neste item, apresentaremos a proposta de Regimento Interno do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD. Este pode ser adaptado para as especificidades locais do hospital à medida que o sistema de gestão for implementado. Tem como objetivo organizar os recursos necessários para atender os pacientes e a comunidade de modo geral, que necessitem dos serviços do HECAD, atendendo aos requisitos legais e que regulam o sistema de saúde nacional e local. Ainda, proposta deste Regimento deve ser distribuída aos gestores e às chefias a fim de que todos tenham acesso ao seu conteúdo

REGIMENTO INTERNO

DO

HOSPITAL ESTADUAL DA

CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

HECAD

AS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

CAPÍTULO I

Art. 1º - O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) é subordinado à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Art. 2º - O presente Regimento Interno (RI) disciplina as normas e rotinas a serem seguidas pelos diversos setores do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD), tendo como fim a organização e o funcionamento eficaz dos serviços, para garantir qualidade no atendimento prestados ao cidadão.

Art. 3º - Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) é uma Unidade de Saúde de Órgão Público Estadual credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como fim prestar assistência hospitalar nas áreas de pronto atendimento, centro cirúrgico, clínica médica, clínica obstétrica, clínica pediátrica, laboratório de análises, atendimento de enfermagem, e demais especialidades que vierem a ser implementadas.

Art. 4º - Sendo um Hospital de caráter Público conveniado com o SUS, a sua prestação de serviços será totalmente gratuita para os pacientes atendidos, sempre em obediência as normas regidas pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

Art. 5º - A manutenção da Unidade de Saúde é de responsabilidade do Estado de Goiás, por meio de seus órgãos, assim como também a provisão de recursos para a expansão da Unidade e de seus equipamentos e afins.

Art. 6º - O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) será mantido por verbas orçamentárias do Estado e renda por prestação de serviços ao SUS.

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º - É de competência do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD):

I – Estar aberto 24 horas diárias para assistência gratuita respeitando os princípios do SUS, de acordo com a legislação vigente em âmbito nacional.

II – Fazer uso do Registro Geral de Atendimento de caráter Hospitalar, para qualquer ocorrência diária.

III – Enviar relatórios necessários, diários, mensais ou anuais, à Secretaria de Saúde, devidamente assinado pelo responsável pelo setor.

IV – Relatar mensalmente à Secretaria de Saúde os estoques de medicamentos e material de consumo necessário.

V – Fornecer ao paciente ou responsável, as informações necessárias para a recuperação deste, sempre obedecendo a Ética Profissional.

CAPÍTULO III

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Art. 8º - O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD), para cumprir suas funções possui estrutura completa, instalações e equipamentos específicos e de pessoal para o seu funcionamento e atendimentos prestados e se organiza da seguinte forma:

I - Representante do Hospital - Diretoria Administrativa

II - Representante dos Médicos - Diretoria Técnica

III - Representantes técnicos – Responsável técnico de Enfermagem, Responsável técnico do Laboratório, Responsável técnico do RX, Responsável técnico da Farmácia.

IV - Representantes da área de nutrição, assistência social, psicólogos e fisioterapia.

V - Representante do Pessoal de apoio – segurança, limpeza, lavanderia, cozinha etc.

Parágrafo único - A indicação de cargos aos referidos setores é da competência do Gestor da OSS.

Art. 9º - O cargo Responsável Técnico é exclusivo ao profissional de nível superior e é um cargo administrativo, nos assuntos relativos à Enfermagem.

Parágrafo único - Toda a equipe que executa as atividades de enfermagem está subordinada ao Enfermeiro Responsável Técnico, integrada por enfermeiros, técnicos em enfermagem e auxiliares de enfermagem, no seu exercício profissional.

Art. 10 - Na ausência do Responsável Técnico do setor, os funcionários estarão subordinados à Direção Técnica quanto as suas atividades assistenciais e à Direção Administrativa quanto às questões de ordem funcional.

Art. 11 - Todos os funcionários deverão obedecer ao horário e/ou escala de trabalho, afixado pela direção ou responsável pelo setor.

Art. 12 - Deverá o funcionário respeitar todas as normas e regulamentos do Hospital.

Art. 13 – O uso de uniforme é obrigatório e confeccionado conforme a necessidade de cada setor.

Art. 14 – O funcionário deverá zelar pela limpeza e pelo patrimônio do Hospital, seguindo as normas e rotinas.

CAPÍTULO IV

DA ADMINISTRAÇÃO

Art. 15 - O Diretor Administrativo será indicado pelo Diretor Geral.

Art. 16 - Compete ao Diretor Administrativo:

I – Executar as determinações de poder Executivo.

II – Executar a direção Administrativa de todo o Hospital, diretamente ou por meio de representantes de setores, praticando os atos necessários à boa ordem e eficiência dos serviços.

III – Propiciar as condições necessárias para que todos os setores do Hospital possam cumprir dignamente a assistência médico-social com qualidade, eficácia e eficiência, de acordo com o objetivo do Hospital.

IV – Encaminhar relatórios de problemas surgidos no Hospital, resolvidos ou não, de caráter administrativo ou clínico, à Secretaria Estadual de Saúde, quando necessário.

V – Encaminhar à Secretaria Estadual de Saúde relatórios referentes às atividades, balanço de desempenho/metastas e andamento dos diversos segmentos funcionais, estatísticas do movimento de pacientes, diagnósticos, bem como todos os procedimentos e atendimentos realizados no âmbito do hospital.

VI – Solicitar Pareceres do Poder Executivo, representado pela Secretaria Estadual de Saúde.

VII – Aprovar Regulamentos dos setores do Hospital conforme a Secretaria Estadual de Saúde.

VIII – Solicitar recursos humanos e materiais, junto à Secretaria Estadual de Saúde, para o bom funcionamento do Hospital.

IX – Acompanhar e avaliar o desempenho dos servidores subordinados.

X – Convocar reuniões e debates entre os funcionários, visando melhorar o funcionamento do hospital.

XI- Controlar a frequência e a assiduidade dos servidores.

XII- Providenciar, zelar e vistoriar diariamente os livros de ocorrência nos diversos setores funcionais da instituição e fazer os encaminhamentos devidos.

XIII- Comunicar à SMS o motivo e necessidade de afastamento de funcionário.

XIV- Dar ciência do Regimento Interno e normas e rotinas do Hospital aos recém-admitidos.

XV- Elaborar escala de Férias anualmente.

XIV- Normatizar as atribuições e responsabilidades nos diversos setores através de ordens de serviço ou rotina de trabalho.

XV- Zelar pela manutenção e funcionamento adequado dos equipamentos, máquinas e aparelhos de uso no hospital, requisitando substituição e conserto sempre que necessário.

XVI- Zelar pela segurança dos servidores e pacientes bem como do ambiente hospitalar.

XVII- Manter organizada e arquivada toda documentação do Hospital.

XVIII- Participar da elaboração de todos os documentos que envolvam o hospital tais como: Contratos, convênios e assemelhados.

XIX- Zelar pelo equilíbrio financeiro do Hospital por meio da organização das atividades visando ao controle de despesas por meio da efetiva cobrança junto ao SUS.

CAPÍTULO V

DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES/GO

Art. 17- O Hospital será subordinado à Secretaria Estadual de Saúde, SES/GO.

Art. 18 - São atribuições da Secretaria Estadual de Saúde:

I – Orientar e fiscalizar todos os procedimentos que integram a atividade da Direção administrativa ou clínica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD).

II – Reunir-se com Diretor administrativo ou demais profissionais que executam cargos de representação do Hospital, sempre que necessário, para pedir esclarecimentos, soluções ou aconselhar qualquer destes profissionais.

III – Orientar, do ponto de vista técnico, as previsões de expansão ou qualquer obra que venha ser necessária no Hospital.

IV – Dar Parecer sobre os regulamentos dos setores do hospital, antes da aprovação deste.

V – Solicitar relatórios, sempre que julgar necessário, para o bom andamento administrativo e funcional do Hospital.

VI – Apurar junto à direção do Hospital, qualquer acusação ou denúncia que venha a denegrir a imagem do hospital, criando para isso um conselho, para apuração e solução das denúncias.

Parágrafo único – O Conselho poderá ser composto por membros do Hospital, da Secretaria Estadual de Saúde e OSS.

CAPÍTULO VI

DO CORPO CLÍNICO DA UNIDADE DE SAÚDE

Art. 19 - O Corpo Clínico da Unidade será composto de profissionais médicos, que terão a responsabilidade pela assistência médica e social aos pacientes que procurarem a instituição ou que a ela sejam encaminhadas, respeitando os princípios do SUS.

Art. 20 - Os candidatos ao corpo clínico serão indicados e nomeados pelo Poder Executivo, representado pela Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 21 - É dever de todos os membros do Corpo Clínico:

I – Assiduidade aos trabalhos.

II – Cumprir corretamente as escalas de serviços.

III – Ter o comportamento rigorosamente ético.

IV – Encaminhar a direção às sugestões e as reclamações observadas.

V – Zelar de todos os bens móveis e imóveis da Unidade.

VI – Preencher os prontuários, atender aos pacientes sobre sua responsabilidade.

VII – Não fornecer, atestados, declarações e informações, de caráter sigiloso, sem o consentimento da direção.

VIII – Observar, respeitar e cumprir o regulamento interno do Hospital

IX – Fornecer informações sobre o estado de saúde dos pacientes aos seus familiares, bem como a terapêutica aplicada aos mesmos.

X – Participar das reuniões de serviços quando convocado.

XI – Realizar atendimento/procedimentos de acordo com protocolos padronizados pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde.

Art. 22 - Documentos exigidos para a contratação do Profissional, para compor o quadro de Corpo clínico da Unidade:

I – Documentos comprobatórios de sua formação profissional.

II – Registro no C.R.M. (Conselho Regional de Medicina).

III – Indicação de sua especialidade ou outra que deseje atuar, devendo constar os títulos ou provas de realização dos cursos de especialização.

CAPÍTULO VII

DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 23 - Os serviços médicos serão dirigidos por um médico do Corpo Clínico do Hospital. Esta acumulará, também, o cargo de Diretor Clínico.

Art. 24 - A escolha do Diretor Clínico será feita pelo Poder Executivo, por meio da Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 25 - Compete ao Diretor Clínico:

I – Reger e coordenar as atividades médica do Hospital.

II – Presidir as reuniões do Corpo Clínico.

III – Zelar, supervisionar e ressaltar responsabilidade profissional, ética, ordem, disciplina e o cumprimento do Código Brasileiro de Deontologia médica.

IV – Fazer executar as disposições deste Regimento Interno.

V – Em conjunto com o Diretor Administrativo, fixar de acordo com os serviços médicos, os horários e funcionamento das atividades médicas.

VI – Representar o Hospital em suas relações com autoridades sanitárias e outras, quando se exigirem.

VII – Comparecer às reuniões da Direção Administrativa e da Secretaria Estadual de Saúde, quando for convocado.

VIII – Encaminhar, ao Diretor Administrativo, as sugestões para o bom andamento do setor e pedidos de recursos humanos e materiais.

IX- Zelar pelo correto e completo preenchimento do prontuário, laudos para emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, deixando em conformidade com as exigências do SUS e outros documentos relativos aos assistidos.

X- Promover discussões de casos clínicos entre os membros do corpo clínico e equipe de enfermagem, visando melhoria assistencial.

XI- Promover e incentivar o espírito científico, de colaboração e apoio aos membros de toda equipe de saúde.

XII- Orientar os recém-contratados, integrando-os a rotina de trabalho do hospital.

CAPÍTULO VIII

DO QUADRO DE ENFERMAGEM

Art. 26 - Deverá compor o quadro de enfermagem um número suficiente de profissionais com experiência, para atender dignamente todos os pacientes que procuram os serviços da saúde.

Art. 27 - O quadro de enfermagem estará diretamente subordinado ao enfermeiro (a) responsável.

Art. 28 - Obedecerá rigorosamente a escala de trabalho, traçada pelo responsável técnico e afixado no quadro de avisos.

Art. 29 - Todos os Funcionários do Quadro de Enfermagem usarão uniforme, conforme determinação da Direção Administrativa.

Art. 30 - A equipe de enfermagem realizará o seu trabalho respeitando e proporcionando ao paciente, assistência humanizada.

Art. 31 - Será especificado previamente pelo responsável técnico, quais os setores à que cada funcionário irá trabalhar, podendo haver rodízio de setor.

Art. 32 - O funcionário deverá responsabilizar-se pela organização do setor designado, bem como pelo registro de suas atividades.

Art. 33 - O funcionário será responsável pela solicitação do CNS (Cartão Nacional de Saúde) do paciente, para preenchimento do AIH, caso o paciente não tenha, comunicar a Secretaria Estadual de Saúde para providenciar o CNS (Cartão Nacional de Saúde).

CAPÍTULO IX

DOS PACIENTES

Art. 33 - A Internação do paciente será feita da seguinte ordem, de preferência:

I. Os encaminhados pelo serviço de emergência

II. Os encaminhados pelo ambulatório

Parágrafo Único- Os pacientes permanecerão no serviço de emergência apenas o tempo necessário ao recebimento dos primeiros socorros, devendo ser referidos, ao serviço ambulatorial, ao setor de informação ou outra unidade de referência, de acordo com as necessidades clínicas.

Art. 34 - Os prontuários médicos e os documentos relacionados com a assistência dos pacientes, serão arquivadas no arquivo médico e estatística do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD).

Art. 35- Os Prontuários são de propriedade do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) e não poderão ser retirados, salvo sob pedido judicial e por meio de fotocópia.

HORÁRIOS PARA REFEIÇÕES:

Art. 36 - Para os pacientes, serão servidas as refeições nos seguintes horários:

I. Café da manhã às 06:00 às 06:30 horas;

II. Almoço às 11:00 às 11:30 horas;

III. Lanche no período vespertino às 15:30 às 16:00horas;

IV. Jantar às 18:00 às 18:30horas;

V. Lanche período noturno às 21:00 às 21:30horas.

Parágrafo único - As refeições devem ser feitas dentro do horário estipulado por ordem da Direção.

CONTROLE DE VISITA HOSPITALAR/ACOMPANHANTE:

FINALIDADE

Art. 37 – A finalidade do controle de visita hospitalar/acompanhante é estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitas aos clientes internados e de seus respectivos acompanhantes.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Art. 38 – O controle de visita hospitalar/acompanhante aplica-se a todos os colaboradores, clientes, acompanhantes, religiosos (Pastoral da Saúde), visitantes e, principalmente, os setores de enfermagem, Serviço de Recepção e as Portarias do Hospital.

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Art. 39 – Os fundamentos legais para o controle de visita hospitalar/acompanhante são:

I. Constituição Federativa do Brasil, de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.

II. Lei nº 8.069, de 13/07/1990

III. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). - Lei nº 8.080, de 19/09/1990

IV. Lei Orgânica da Saúde (LOS). - Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).

V. Portaria MS/GM nº 2.418, de 02/09/2005

VI. Acompanhantes em trabalho de parto- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.

CONCEITOS BÁSICOS

Art. 40 – Alguns conceitos são essenciais para compreendermos este Regimento e sua aplicabilidade. Dentre eles:

I. Acompanhante Familiar ou pessoa indicada pela família é aquele que acompanha o paciente internado ou que realizará algum procedimento no Hospital.

II. Colaboradores são pessoas que contribuem com a missão e o objetivo do Hospital (servidores, voluntários, estagiários, residentes e funcionários de empresas terceirizadas)

III. Pastoral da Saúde é entidade de caráter ecumênico vinculada à Instituição.

IV. Conforto Espiritual se refere ao atendimento prestado por religiosos aos clientes internados.

DIREITO À VISITA

Art. 41 - Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados.

I. Período Vespertino: 14:30 horas às 15:30 horas.

II. Período Noturno: 20:00 horas às 21:00 horas.

Parágrafo único: Para cada um dos horários estabelecidos será permitido 1 (um) visitante por vez, limitando-se a 2 (dois) visitantes.

Art. 42 - Os esclarecimentos feitos aos familiares pelos médicos serão realizados em sala própria destinada para tal fim.

Art. 43 – Todas as atividades religiosas serão credenciadas pela Pastoral da Saúde e não será permitida a distribuição de “folhetos religiosos” no ambiente hospitalar.

ACESSO DE VISITANTES

Art. 44 – São critérios para liberar a entrada e acesso de visitantes:

I. Apresentar 01 (um) documento com foto, devendo ser preenchido planilha dos dados pessoais e endereço;

II. Não estar trajando roupas inadequadas;

III. Ter de 12 anos acima;

IV. Adolescentes de 12 a 14 anos somente terão acesso à visitas acompanhados por maior e responsável.

V. Não estar portando gêneros alimentícios;

VI. Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;

VII. Não estar fumando;

VIII. Não estar abalada emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;

IX. Portar o crachá adequado recebido na portaria de acesso;

X. Não trazer cigarros, bebidas alcoólicas ou drogas, bem como bolsas, celulares, sacolas, entre outros, para o Hospital.

Parágrafo único - No caso de presidiário internado, acompanhado/escoltado por policiais, fica a critério destes a autorização para o paciente receber visita.

MEDIDAS DE ORIENTAÇÃO

Art. 45 - É de responsabilidade da equipe de enfermagem realizar as orientações cabíveis para acesso de visitantes e acompanhantes aos leitos, principalmente, no que se refere à higienização das mãos/ antebraços e utilização de capotes conforme rotina de cada setor.

Art. 46 - É vetada a realização de procedimentos hospitalares por visitantes e acompanhantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal.

Art. 47 - A dieta oral poderá ser oferecida pelo acompanhante em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso.

Art. 48 - Não visitar se tiver alguma doença infecto contagiosa, principalmente, se esta for no aparelho respiratório.

DAS PROIBIÇÕES

Art. 49 - Fica terminantemente proibida a entrada de acompanhantes / visitantes com qualquer espécie de alimento. Ainda:

I. fica proibida a visita a outros leitos e ficar circulando pelos corredores do Hospital.

II. Lavar roupas pessoais ou dos pacientes, na enfermaria, ou mesmo a secagem nas dependências/ enfermaria.

III. Sentar-se nos leitos dos clientes.

Parágrafo único - em situações especiais deverá ser solicitada autorização do Serviço de Nutrição e Dietética, o qual fará a avaliação adequada e fornecerá, conforme o caso, uma autorização formal.

DIVERSOS

Art. 50 – Fica resguardado o direito de revezamento entre Acompanhante, sempre no horário de visita.

Parágrafo único - O paciente terá direito a um acompanhante, segundo determina a legislação (Estatuto do Idoso, ECA, Portaria MS nº 2.418/2005, entre outras), ou de acordo com determinação da equipe multiprofissional.

Art. 51 - Em situações extraordinárias, fica a critério da equipe multiprofissional responsável pela unidade liberar o revezamento em outro horário.

Parágrafo único - o revezamento deverá ocorrer na Recepção Principal.

PROCEDIMENTOS GERAIS DA RECEPCIONISTA

Art. 52 – É procedimento geral para os recepcionistas:

I. Receber cordialmente os visitantes.

II. Prestar respeitosamente as informações solicitadas e orientar sobre as normas e rotina de visitas ao HECAD.

III. Conferir a listagem de pacientes internados, para verificar a enfermaria e o leito de cada um deles.

IV. Complementar as informações (dados dos acompanhantes e/ou visitas extras) na Autorização para Acesso de Acompanhantes.

V. Após o horário de visitas verificarem se todos os crachás de identificação foram devolvidos na recepção.

Parágrafo único - caso o acompanhante/visita extra não possua autorização, informar a sua presença.

DOS PORTEIROS / VIGILANTES

Art. 53 – É procedimento geral para os porteiros/vigilantes:

I. Somente permitir a entrada de visitantes / acompanhantes nas dependências do Hospital devidamente identificados com o crachá adequado ou local da visita e de acordo com a portaria correspondente.

II. Informar aos visitantes que o Hospital não se responsabiliza pelos pertences pessoais (cheque, dinheiro, joias e outros) nas dependências do HECAD.

III. Indicar a localização de cada enfermaria a ser visitada.

IV. Impedir a entrada de pessoas alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas, com roupas inadequadas.

V. Conferir permanentemente o crachá de identificação com o seu portador, para verificar a compatibilidade dele com o local que está sendo visitado.

VI. Fazer rondas ostensivas durante o horário de visitas, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de visitantes em locais não autorizados a eles.

VII. Controlar a saída dos visitantes, recolhendo os respectivos crachás, os quais deverão ser devolvidos à recepção.

VIII. Verificar, na saída, se algum visitante não porta o crachá. Neste caso, buscar o motivo da não utilização do crachá e, em casos suspeitos, chamar a polícia.

IX. Não permitir a saída de visitante portando algum pacote, equipamento ou material, a menos que o visitante possua autorização expressa para tal.

X. Elaborar relatório de ocorrências, caso existam, e qualquer irregularidade durante o horário de visita comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata.

Parágrafo único - No caso, o paciente somente poderá sair do leito / enfermaria acompanhado por alguém da equipe de enfermagem devidamente identificado, após confirmação da chegada de algum membro da família e transporte adequado, caso sejam necessários.

DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Art. 54 – É procedimento para a equipe de enfermagem:

I. Recepcionar os visitantes e acompanhantes com respeito, realizando as devidas orientações sobre a rotina da enfermaria.

II. Orientar sobre a higienização das mãos e utilização de capotes nos setores em que houver necessidade.

III. Explicar aos visitantes e acompanhantes como devem comportar-se durante a permanência ao lado dos clientes.

IV. Informar sobre quais os pertences pessoais podem permanecer junto aos pacientes.

V. Contribuir com o fluxo de revezamento dos visitantes.

VI. Tirar as dúvidas dos visitantes e acompanhantes dentro de sua área de competência.

VII. Conversar com a família sobre os cuidados que estão sendo prestados aos pacientes internados.

VIII. Autorizar encaminhamento ao Serviço de Recepção de permissão para entrada de religiosos.

IX. Relatar aos porteiros/vigilantes sobre algum tumulto ocorrido e outras situações adversas ao sistema de segurança.

X. Encaminhar, diariamente, até às 13h, uma lista atualizada dos pacientes internados com os seus respectivos leitos.

Art. 55 - Haverá tolerância de três atrasos de até 15 minutos cada, por mês no início do expediente. Excedendo a tolerância estipulada, isto é, a partir do quarto atraso será descontado do funcionário os atrasos, seguido de advertência.

Art. 56 - Das Faltas:

I. As faltas por motivos particulares poderão ser justificadas pela chefia imediata e ratificadas pela diretoria administrativa.

II. Por justificativa de faltas, por motivos particulares, o interessado deverá procurar a chefia imediata.

III. O atestado médico, deverá ser entregue ao Recursos Humanos, no máximo dentro de 48 horas, após a emissão do mesmo, pelo próprio funcionário ou familiar, quando da impossibilidade do funcionário.

IV. Havendo falta do funcionário substituto em caso de troca de plantão devidamente documentada, é debitada ao substituto.

V. A troca de plantão somente poderá ser feita entre funcionários do HECAD.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 57 - O Diretor Administrativo, bem como Chefe de Enfermagem terá o direito de advertir ou penalizar o funcionário que, por ventura não seguir este Regimento Interno, ou mesmo cometer alguma falta que não está contida no mesmo.

Art. 58 - Qualquer material danificado pelo funcionário, se for comprovada negligência do mesmo, será descontado nos vencimentos deste.

Art. 59 - Todo funcionário deverá manter informações com os pacientes, sobre as normas do Hospital.

Art. 60 - Qualquer caso de infração das normas do Hospital ou anormalidade que possa vir a prejudicar o bom andamento do Hospital deverá ser levado ao conhecimento da Direção Administrativa, para que a mesma tome as devidas providências.

Art. 61 - Os gastos com material de consumo, alimentação, funcionários, medicamentos e expansão ou reformas das instalações, serão por conta da Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 62 - O presente Regimento Interno poderá ser modificado, em todo ou em parte, em reunião convocada especialmente para este fim, que o alterará por maioria simples dos presentes e que fixará procedimentos regimentais e anexará imediatamente a este Regimento e pela Secretaria Estadual de saúde e serem homologadas por Decreto do Executivo.

Art. 63 - Este regimento entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

3.2.3. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

**REGIMENTO DO SERVIÇO
DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL ESTADUAL DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
HECAD**

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) terá suas atividades fundamentadas na Legislação que respalda o Exercício Profissional, bem como no Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem e demais Regulamentos e Legislações emanadas dos órgãos reguladores.

§ 1º - O presente Regimento foi elaborado seguindo as Normas do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Regimento Interno do HECAD.

§ 2º - O Serviço de Enfermagem do HECAD interage com todas as áreas, de modo integrado, na busca de sempre atender, com qualidade, o paciente. Isto implica responsabilidade, conhecimento técnico-científico, atendimento humanizado e competência.

Art. 2º - Os Serviços de Enfermagem do HECAD têm como finalidade:

I – Prestar atendimento de enfermagem integral ao paciente considerando suas necessidades, seu bem-estar e sua recuperação;

II – Fundamentar-se na visão e missão, bem como nos objetivos do HECAD;

III – Promover um padrão de atendimento, levando a equipe ao desenvolvimento de competências técnico-científicas;

IV – Servir como campo de estágio, contribuindo com as Escolas de Enfermagem e Instituições Educacionais conveniadas na formação dos profissionais para a Equipe de Saúde;

V – Cumprir e fazer cumprir as normas Administrativas e Técnicas do HECAD;

VI – Desenvolver programas humanizados de atendimento, tanto para o paciente, quanto para o profissional de enfermagem;

VII – Compor as equipes multiprofissionais, nos programas de assistência aos pacientes e às famílias dos pacientes;

VIII – Manter a gestão dos processos operacionais, legais, éticos e deontológicos acerca das atividades relativas ao serviço de enfermagem;

IX – Participar de ações de saúde da comunidade, dando sua colaboração, sempre que possível;

X – Manter-se atualizados sobre as normas e Resoluções emanadas do COREN e COFEN;

XI – Definir as atribuições do pessoal de enfermagem de acordo com os níveis de categoria profissional em consonância com as Regulamentações do exercício profissional;

XII – Alinhar-se à gestão do hospital e corpo clínico, participando de comissões permanentes e/ou temporárias;

XIII – Buscar o melhoramento técnico, científico e administrativo;

XIV – Proporcionar cuidados de enfermagem com atenção voltada ao paciente, considerando suas limitações e necessidades de estadia, locomoção, repouso e conforto;

XV – Prestar assistência de enfermagem necessária à promoção, proteção, recuperação e reabilitação nos três níveis de atenção à saúde;

XVI – Promover a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e da coletividade;

XVII – Planejar, supervisionar e executar as atividades de enfermagem existentes no HECAD, de acordo com a Legislação e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 3º - O Serviço de Enfermagem rege-se por este regimento, no qual estão disciplinadas suas atividades específicas, cumprindo-lhes zelar pelo livre exercício da Enfermagem, pela dignidade da pessoa humana.

Parágrafo único - O Regimento do Serviço de Enfermagem (RSE) 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

Art. 4º - O Serviço de Enfermagem faz parte dos serviços técnicos, de atendimento direto ao paciente e é subordinado administrativamente à Diretoria Geral do HECAD e será coordenado exclusivamente por um enfermeiro.

Art. 5º - O Serviço de Enfermagem é representado e coordenado por uma Chefia, que possui autonomia e está subordinada à Diretoria Geral do HECAD.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º - O Serviço de Enfermagem pode ser constituído pelas seguintes categorias: enfermeiros, técnico de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Art. 7º - O pessoal que compõe o Serviço de Enfermagem está assim classificado:

I – Enfermeiro Responsável Técnico (RT);

II – Enfermeiro Chefe da Unidade;

III – Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Educação Continuada, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH OU CCIRAS), ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Programa de Limpeza e Higienização, Serviço de Vigilância Epidemiológica, Comissão de Ética em Enfermagem, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissões Temporárias etc.;

IV – Enfermeiro RT das Unidades Assistenciais:

a) Enfermeiro RT do Setor de Urgência e Emergência;

b) Enfermeiro RT Unidade de Terapia Intensiva, etc.;

V – Técnicos de Enfermagem;

VI – Auxiliares de Enfermagem;

VIII – Atendentes de Enfermagem (Se tiver, inscritas no Coren até 1986).

IX – Secretário/assistente administrativo (se tiver).

CAPÍTULO IV

DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Seção I

Enfermeiro Responsável Técnico

Art. 8º Compete ao Enfermeiro Responsável Técnico:

- a) Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e, conseqüente, Plano de Trabalho;
 - b) Organizar o Serviço de Enfermagem conforme a especificidade do HECAD, elaborando e fazendo cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem, que deve ser de conhecimento de todos os profissionais de enfermagem e ser atualizado, anualmente, considerando a legislação vigente;
 - c) Realizar reuniões periódicas com a Equipe de Enfermagem, com registro em Ata;
 - d) Manter o quantitativo necessário de profissionais de enfermagem, na escala de trabalho, observando o disposto na Resolução COFEN, disponibilizando seu conhecimento em local acessível aos profissionais de Enfermagem;
-

- e) Manter registro das atividades administrativas e técnicas de Enfermagem, devidamente assinadas, com número da inscrição no Coren e carimbo individual e/ou institucional;
- f) Participar proativamente em projetos de reforma ou construção de unidade ou serviços;
- g) Cumprir, rigorosamente, seu horário de trabalho;
- h) Manter-se atualizado em relação às ausências de funcionários nos setores, registrando em impresso próprio as licenças, faltas e abonos para facilitar o cálculo da taxa de absenteísmo no serviço de enfermagem;
- i) Avaliar a necessidade de remanejamento do pessoal de enfermagem de acordo com a necessidade e possibilidades das unidades de internação sem prejuízo ao atendimento;
- j) providenciar substituição para os casos de ausências de funcionários, sempre que possível e necessário, favorecendo uma assistência de qualidade e segura;
- k) solicitar as inclusões, exclusões ou alterações dos funcionários das escalas em impresso próprio;
- l) gerar relatório de faltas e atestados de funcionários vinculados ao serviço de enfermagem mensalmente;
- m) gerar relatórios sobre a taxa de absenteísmo do serviço de enfermagem mensalmente;
-

n) elaborar, em conjunto com a equipe de enfermagem, o Plano de Ação Anual para o Serviço de Enfermagem, com o estabelecimento de objetivos, metas, ações estratégicas, aprazamentos, responsabilidades e avaliação de resultados;

o) colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/rotinas e Procedimento Operacional Padrão (POP) utilizados pela enfermagem;

I – Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;

II – Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam no HECAD, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la semestralmente e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;

III – Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do COFEN informando, de ofício, ao representante legal do HECAD e ao Conselho Regional de Enfermagem;

IV – Informar, de ofício, ao representante legal do HECAD e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem, tais como:

a) ausência de enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante algum período de funcionamento da empresa/instituição;

b) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho Regional de Enfermagem;

c) profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino em situação irregular, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal;

d) pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem na empresa/instituição/ensino;

e) profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;

V – Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;

VI – Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia.

VII – Manter a CRT em local visível ao público, observando o prazo de validade;

VIII – Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;



IX – Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;

X – Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, quando couber, de acordo com as normas do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem;

XI – Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), Serviço de Educação Continuada e demais comissões instituídas na empresa/instituição;

XII – Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;

XIII – Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e éticos;

XIV – Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;

XV – Observar as recomendações da NR 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem;

XVI – Assegurar que a prestação da assistência de enfermagem a pacientes graves seja realizada somente pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, conforme Lei n. 7.498/86 e o Decreto n. 94.406/87;

XVII – Garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme as normas vigentes;

XVIII – Garantir que o estágio curricular obrigatório e o não obrigatório sejam realizados, somente, sob supervisão do professor orientador da instituição de ensino e enfermeiro da instituição cedente do campo de estágio, respectivamente, e em conformidade a legislação vigente;

XIX – Participar do processo de seleção de pessoal, observando o disposto na legislação vigente e as normas regimentais do HECAD;

XX – Comunicar ao Coren quando impedido de cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, a legislação do Exercício Profissional, atos normativos do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, comprovando documentalmente ou na forma testemunhal, elementos que indiquem as causas e/ou os responsáveis pelo impedimento;

XXI – Promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem;

XXII – Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que deverão ser apresentados ao HECAD e encaminhados ao Coren no prazo de 90 (noventa) dias, a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e, posteriormente, a cada renovação da CRT;

XXIII – Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde do HECAD em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem.

Parágrafo Único. O enfermeiro RT que descumprir as atribuições constantes neste artigo poderá ser notificado a regularizar suas atividades, estando sujeito a responder a Processo Ético-Disciplinar.

Seção II

Enfermeiro Supervisor de área

Art. 9º - Compete ao Enfermeiro Supervisor de Área:

- a) Supervisionar área de trabalho sob sua responsabilidade;
- b) Auxiliar o Enfermeiro Responsável Técnico nas avaliações periódicas dos funcionários;
- c) Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem;

Seção III

Enfermeiro Assistencial

Art. 10. Compete ao Enfermeiro Assistencial:

I - Aplicar e verificar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem vigentes, e demais legislações que normatizam a profissão;

II - Seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais do Serviço de Enfermagem;

III - conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e POP de enfermagem;

IV - Supervisionar os serviços desenvolvidos pelos profissionais de enfermagem, escriturários hospitalares e/ou assistentes administrativos nas unidades, seguindo a filosofia do Serviço de Enfermagem;

V - Substituir o Enfermeiro RT da unidade, quando necessário e solicitado;

VI - Colaborar com o desenvolvimento do planejamento estratégico das unidades afins;

VII - elaborar e atualizar, em conjunto com o RT, o diagnóstico situacional da unidade;

VIII - elaborar em conjunto com o RT, com participação da equipe, o Plano de Ação Anual na unidade, com o estabelecimento de objetivos, metas, ações estratégicas, aprazamentos, responsabilidades e avaliação de resultados;

IX - Participar e sensibilizar a equipe para o desempenho e alcance de metas e objetivos do Plano de Ação Anual da unidade;

X - Atender às orientações e recomendações do Enfermeiro RT da unidade;

XI - participar de reuniões semanais/quinzenais/mensais com o RT de sua unidade, para o repasse das informações e orientações das reuniões do Serviço de Enfermagem;

XII - promover reuniões semanais/quinzenais/mensais com a equipe de enfermagem, para repassar informações, discutir e resolver problemas, alinhar condutas, sanar dúvidas e tomar providências necessárias;

XIII - participar de reuniões bimestrais, e quando solicitado, com os enfermeiros dos quatro turnos e o RT da unidade, em datas previamente acordadas, com objetivo de padronizar condutas;

XIV - participar e incentivar a presença da equipe nas capacitações oferecidas pelo Serviço de Educação em Enfermagem e outros;

XV - Colaborar na elaboração e revisão de protocolos assistenciais, normas/rotinas e POP utilizados pela equipe de enfermagem;

XVI - participar como facilitador dos programas de educação em serviço quando convidado;

XVII - cumprir o Programa do Serviço de Enfermagem para recepção de Técnicos de Enfermagem admitidos e/ou transferidos das unidades;

XVIII - apresentar o roteiro para análise do cuidado de enfermagem aos técnicos de enfermagem admitidos e ou transferidos das unidades;

XIX - realizar a capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade e, se necessário, designar um profissional com habilidade para acompanhar o mesmo até sua adaptação;

XX - Supervisionar e orientar a realização dos procedimentos técnicos pela sua equipe;

XXI - realizar negociação prévia, avaliação de desempenho e avaliação por competência da equipe de enfermagem sob sua supervisão;

XXII - definir, elaborar e participar, em conjunto com o Enfermeiro RT, de programas educacionais a serem desenvolvidos na Unidade;

XXIII - identificar as necessidades de educação permanente da sua equipe;

XXIV - realizar/participar de educação permanente com a equipe e registrar em caderno específico;

XXV - confeccionar a escala de folga mensal da equipe de enfermagem de forma participativa, e em conformidade com a rotina operacional padrão específica do Serviço de Enfermagem e encaminhar ao RT da unidade;

XXVI - confeccionar mapa anual de férias em conformidade com rotina operacional padrão específica do Serviço de Enfermagem e encaminhar ao Enfermeiro RT;

XXVII - solicitar ao enfermeiro de unidades afins a possibilidade de cobertura para sua unidade em caso de insuficiência no quantitativo de pessoal no início do plantão;

XXVIII - em caso de impossibilidade de cobertura de pessoal por outras unidades afins, solicitar a liberação de plantonista extra ao Serviço de enfermagem no início do plantão;

XXIX - avaliar e viabilizar o remanejamento na equipe de enfermagem de acordo com as necessidades de outras unidades sem prejuízo ao atendimento local;

XXX - realizar escala de remanejamento para outros setores para ser seguida quando necessário e fixar em local visível;

XXXI - realizar a cobertura de unidades afins, de acordo com solicitação do Enfermeiro RT;

XXXII - realizar escala de atividades diárias entre os membros da equipe técnica de enfermagem;

XXXIII - supervisionar a desinfecção concorrente (em cada turno) das bancadas, equipamentos e leitos da unidade realizada pela equipe de enfermagem;

XXXIV - supervisionar a realização da conferência da temperatura da geladeira diariamente, a desinfecção terminal quinzenalmente, o preenchimento de impresso padronizado pela equipe de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro RT as situações de inconformidade;

XXXV - conferir diariamente a funcionalidade do laringoscópio, cardioversor e integridade do lacre do carrinho de urgência, realizando as trocas e reposições necessárias e registrar em impresso específico;

XXXVI - realizar mensalmente a conferência e desinfecção do carrinho de urgência, efetuar as reposições e trocas necessárias e registrar em impresso específico;

XXXVII - viabilizar 15 minutos de intervalo para lanche aos profissionais de enfermagem que trabalham em regime de 6 horas diárias, conforme legislação pertinente;

XXXVIII - viabilizar 60 minutos de intervalo para refeição/descanso nos plantões noturnos (12x36) para a equipe de enfermagem, através de revezamento que garanta a assistência segura do cliente;

XXXIX - conferir, orientar e justificar as inconformidades relacionadas a contabilização da carga horária trabalhada pelos membros da equipe de enfermagem;

XL - Controlar a assiduidade, a pontualidade e a disciplina de sua equipe e tomar medidas cabíveis, quando necessário;

XLI - viabilizar a realização da desinfecção terminal da unidade. Em situações de inconformidade, comunicar ao RT;

XLII - realizar anotações de intercorrências em caderno ou impresso específico sobre ausências, intercorrências, pendências, falta de material, problemas com equipamentos, remanejamento de pessoal e outros;

XLIII - registrar em impresso específico o empréstimo de equipamentos para outras unidades;

XLIV - encaminhar Comunicação Interna (CI) ao RT e/ou Serviço de Enfermagem relatando ausências de profissionais e adversidades de maior complexidade;

XLV - solicitar e/ou autorizar alterações na escala, assinar e encaminhar documento padronizado ao Serviço de Enfermagem, com antecedência de 48 horas;

XLVI - realizar orientações em pasta funcional de seus liderados quando ocorrer descumprimento das funções, atribuições, normas, rotinas e protocolos institucionais;

XLVII - participar do processo de planejamento, organização e controle de material de assistência adequado às necessidades do setor;

XLVIII - realizar solicitação de soluções, materiais esterilizados e equipamentos à farmácia, central de materiais esterilizados/almojarifado e central de equipamentos, respectivamente;

XLIX - solicitar ao serviço de rouparia e/ou hotelaria o fornecimento de enxoval em caso de insuficiência na unidade;

L - Conferir e solicitar diariamente os materiais de consumo ao almoxarifado e gerenciar o consumo racionalizado de materiais no período de 24 horas pela equipe de enfermagem;

LI - sensibilizar/Orientar o uso racional dos insumos hospitalares;

LII - colaborar com o Enfermeiro RT da unidade e serviço de padronização de materiais e equipamentos na elaboração do termo de referência, revisão de descritivos, testagem de amostras e pareceres técnicos sobre qualidade de materiais, bem como participar do processo de licitação, quando solicitado;

LIII - acompanhar/orientar os funcionários no cumprimento do Roteiro para Análise do Cuidado de Enfermagem;

LIV - identificar a necessidade de treinamento para manuseio de equipamentos e fazer acompanhamento dos materiais adquiridos, e notificar quaisquer irregularidades;

LV - Viabilizar a participação da equipe no treinamento para manuseio de equipamentos e avaliar os materiais e equipamentos adquiridos;

LVI - preencher a planilha de indicadores de segurança do paciente, do Sistema Nacional de Vigilância de Infecções Hospitalares (NISS), eventos adversos, métodos Morse, Braden e outros, diariamente;

LVII - monitorar, em conjunto com o Enfermeiro RT, os indicadores de qualidade em enfermagem e propor/aplicar as medidas de intervenção;

LVIII - participar ativamente da implantação do processo de enfermagem nas unidades em que o mesmo não foi instituído;

LIX - realizar procedimentos de alta complexidade e privativos do enfermeiro estabelecidos em protocolos e pelo conselho de classe, tais como:

- a) cateterismo enteral e vesical;
- b) grandes curativos de feridas abertas infectadas e queimaduras;
- c) instalação de hemocomponentes, e de nutrição parenteral com preenchimento de impresso específico;
- d) punção intravascular com cateteres especiais (PICC, intraóssea, umbilical, cateter totalmente implantado);
- e) coleta de amostra de sangue arterial;
- f) coleta de amostra de sangue por meio de cateteres centrais;
- g) punção venosa periférica de jugular externa;
- h) outros (específicos de unidade);

LX - Avaliar todos os clientes da unidade, sob a sua responsabilidade;

LXI - participar da visita de leito juntamente com a equipe multiprofissional, com vista à integralidade do cuidado;

LXII - Receber e passar o plantão na unidade para outro enfermeiro;

LXIII - participar, em conjunto com o Enfermeiro RT da unidade, na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de Enfermagem;

LXIV - solicitar e protocolar reparos com relação às inadequações referentes à rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;

LXV - participar, propor e avaliar projetos de ampliação e reforma da unidade em conjunto com o Enfermeiro RT;

LXVI - orientar, preencher Ficha de Análise de Acidentes, e conduzir o funcionário ao Acolhimento do Pronto Socorro Adulto, em casos de acidente de trabalho;

LXVII - acompanhar a fiscalização e auditorias dos órgãos competentes na unidade em conjunto com o RT;

LXVIII - prevenir e participar do controle sistemático de infecção hospitalar;

LXIX - observar e sensibilizar a equipe de enfermagem para o uso e observância das precauções universais;

LXX - comunicar ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica as suspeitas de doenças de notificação compulsória;

LXXI - participar dos programas e das atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

LXXII - realizar a admissão do cliente e orientação sobre as normas e rotinas do ambiente hospitalar, esclarecendo dúvidas e entregar impressos informativos quando disponível;

LXXIII - acompanhar o transporte intra-hospitalar dos clientes de médio e alto risco, e em casos especiais conforme protocolo institucional;

LXXIV - autorizar a permanência de acompanhantes conforme normas procedimentais e realizar o preenchimento de impresso próprio de diária de acompanhantes;

LXXV - cumprir as normas procedimentais sobre controle de acesso nas dependências hospitalares e em casos excepcionais autorizar visitas extraordinárias;

LXXVI - participar do planejamento de alta do cliente, realizando orientações específicas e preparando-o para a continuidade dos cuidados em sua residência, quando necessário;

LXXVII - notificar no Sistema de Informação a ocorrência de eventos adversos que aconteçam na unidade colaborando com o serviço de vigilância e núcleo de segurança do paciente;

LXXVIII - comunicar ao Enfermeiro RT da unidade a ocorrência de evento adverso;

LXXIX - realizar a investigação de causas raiz e planejamento de melhorias em caso de ocorrência de eventos adversos no setor, juntamente com o Enfermeiro RT;

LXXX - realizar admissão de clientes em leitos vagos em seu plantão, conforme classificado pelo Núcleo Interno de Regulação;

LXXXI - colaborar com o ensino e avaliação dos graduandos e pós-graduandos de enfermagem;

LXXXII - estimular o autocuidado ao cliente, sempre que possível;

LXXXIII - participar de pesquisas técnicas e científicas na área da saúde;

LXXXIV - participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde na unidade;

LXXXV - manter-se atualizado no campo das mudanças legais referentes ao Coren/GO e COFEN, Ministério da Saúde, Anvisa e outros;

LXXXVI - observar a NR-32, a fim de minimizar os riscos à saúde da equipe de enfermagem, e juntamente com o RT da unidade;

LXXXVII - acompanhar periodicamente a equipe sob sua responsabilidade e identificar fragilidades individuais que possam comprometer a continuidade do serviço e saúde ocupacional e solicitar acompanhamento dos serviços pertinentes, juntamente com o Enfermeiro RT;

LXXXVIII - efetivar o processo de enfermagem

Seção IV

Técnico de Enfermagem

Art. 11. Compete ao Técnico de Enfermagem:

I – Receber e passar o plantão de sua responsabilidade dentro do horário estabelecido pela instituição;

II – Prestar assistência de enfermagem conforme sua qualificação;

III – prestar os cuidados de Enfermagem aos pacientes de acordo com as suas necessidades conforme prescrições médicas, de Enfermagem, apoiando os serviços de fisioterapia, nutrição e odontologia;

IV – Assistir ao Enfermeiro: no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;

V – Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 10º do Decreto 94.406/87, sendo:

I - Assistir ao Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras i e o do item II do art. 8º;

II - Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

III - integrar a equipe de saúde.

VI - Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e procedimentos operacionais padrão de enfermagem;

VI - Participar ativamente do planejamento estratégico do Serviço de Enfermagem;

VII - participar e colaborar para o alcance de metas e objetivos do "Plano de Ação Anual" da unidade;

VIII - atender às solicitações do RT e do Enfermeiro da unidade;

IX - Participar de reuniões com o RT da sua unidade, para o repasse das informações e orientações do Serviço de Enfermagem sempre que solicitado;

X - Participar de reuniões semanais ou quinzenais com o enfermeiro assistencial, para repasse de informações, resolução de problemas, padronização de condutas, esclarecimento de dúvidas e tomada de providências necessárias;

XI - participar das capacitações;

XII - colaborar na capacitação prática dos profissionais recém-admitidos na unidade até sua adaptação, sempre que solicitado pelo enfermeiro assistencial ou RT da unidade;

XIII - participar da negociação prévia, avaliação de desempenho e avaliação por competência realizada pelo enfermeiro;

XIV - participar das Educações permanentes realizadas pelo enfermeiro assistencial, com registro de presença em caderno específico;

XV - Preencher o impresso de preferência de folgas e/ou férias e assinar o verso do rascunho da escala mensal, conforme rotina operacional padrão do Serviço de Enfermagem;

XVI - comunicar com antecedência ao enfermeiro assistencial e/ou RT da unidade/divisão de enfermagem as impossibilidades de comparecimento ao trabalho;

XVII - cumprir intervalo de 15 minutos para lanche, conforme legislação pertinente, para os funcionários que realizam jornada de 06 horas de trabalho diário;

XVIII - cumprir intervalo de 60 minutos para refeição/descanso, conforme legislação pertinente, para funcionários que realizam jornada de 12x36;

XIX - realizar cobertura de unidades afins de acordo com solicitação do enfermeiro e/ou RT da unidade e/ou divisão de enfermagem;

XX - Cumprir escala de distribuição de leitos e atividades diárias da unidade;

XXI - cumprir escala de serviço com relação à limpeza/organização da sala de utilidades/expurgo;

XXII - realizar a dupla checagem, conforme rotina do Serviço de Enfermagem;

XXIII - realizar limpeza, conferência de validades e organização dos materiais dos armários da unidade;

XXIV - realizar desinfecção concorrente das bancadas, equipamentos e leitos sob sua responsabilidade, conforme protocolo institucional;

XXV - realizar desinfecção terminal da unidade conforme protocolo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

XXVI - realizar limpeza quinzenal da geladeira de medicamentos, conferência da sua temperatura no início de cada turno e registro em impresso próprio de acordo com a escala de serviço diário da unidade e comunicar ao enfermeiro as situações de inconformidade;

XXVII - conferir a necessidade e validade de materiais esterilizados na unidade, preencher o impresso de solicitação e buscar os insumos na central de materiais esterilizados (CME);

XXVIII - buscar equipamentos /acessórios solicitados pelo enfermeiro na Central de Equipamentos;

XXIX - encaminhar materiais/equipamentos contaminados à CME e central de equipamentos conforme rotina institucional;

XXX - colaborar com o enfermeiro e com o RT da unidade e serviço de padronização de materiais e equipamentos com a testagem de amostras para realização de pareceres técnicos sobre a qualidade de materiais quando solicitado;

XXXI - fazer uso consciente e racional dos insumos hospitalares, evitar desperdício de medicamentos, materiais e insumos hospitalares;

XXXII - zelar pelo bom uso dos equipamentos hospitalares, seguir as recomendações do fabricante no uso/manuseio e comunicar ao enfermeiro as irregularidades e defeitos apresentados;

XXXIII - comunicar ao enfermeiro assistencial dificuldades no manuseio dos equipamentos da unidade;

XXXIV - participar de treinamentos para manuseio de equipamentos e materiais adquiridos;

XXXV - comunicar ao enfermeiro e/ou RT da unidade a ocorrência de eventos adversos que aconteçam na unidade;

XXXVI - colaborar com as medidas de prevenção de controle sistemático de danos que possam ser causados aos clientes durante a assistência de enfermagem;

XXXVII - verificar a necessidade de medicações no início do plantão e comunicar ao escritório hospitalar;

XXXVIII - comunicar ao enfermeiro e/ou RT sempre que perceber a necessidade de reparos/manutenção da rede elétrica, hidráulica, pintura, mobiliário, equipamentos assistenciais e outros;

XXXIX - comunicar ao enfermeiro e/ou RT quaisquer inconformidades ocorridas na unidade, sejam administrativas e/ou assistenciais;

XL - Comunicar ao enfermeiro e/ou RT da unidade a ocorrência de acidente de trabalho para preenchimento da ficha de análise de acidentes;

XL I - receber e passar o plantão beira leito de sua responsabilidade, dentro do horário estabelecido pela instituição;

XLII - comunicar ao enfermeiro e/ou RT a unidade a ocorrência de eventos adversos que aconteçam na unidade;

XLIII - estimular o cliente para o autocuidado (higiene, vestimenta e alimentação) auxiliando nos cuidados necessários;

XLIV - supervisionar, auxiliar e/ou oferecer alimentos via oral conforme prescrição médica;

XLV - conferir instalar e monitorar a infusão de dieta enteral conforme prescrição médica e observar, reconhecer e registrar sinais e sintomas ao nível de sua formação;

XLVI - desenvolver cuidados para prevenção de lesão por pressão (aplicar massagem de conforto, mudar decúbito de 2/2 horas, proteger proeminências ósseas e outros cuidados prescritos pelo enfermeiro);

XLVII - cumprir o Roteiro para Análise do Cuidado de Enfermagem do Serviço de Enfermagem:

a) identificar os acessos venosos com: data, hora e primeiro nome legível do profissional;

b) identificar os equipos de infusões (enteral e/ou parenteral) contínuas e/ou intermitentes com: data, hora e primeiro nome legível do profissional;

c) identificar as soluções infundidas com: Nome completo do paciente, leito e enfermaria, componentes da solução, volume, hora de início, vazão (nº de gotas ou ml/h), data e primeiro nome legível do profissional;

d) checar procedimentos de enfermagem na prescrição médica: devem ser checados com um e o primeiro nome legível do funcionário (canela azul ou preta no turno diurno e caneta vermelha no turno noturno). Os horários dos procedimentos que não de enfermagem que não forem realizados devem ser circulados com caneta e a justificativa deve ser registrada na ficha de evolução de enfermagem;

e) identificação de leito: deve estar visível e com letra legível, contendo: número da enfermaria, número de leito, nome completo do cliente, RG, data de nascimento e definição da especialidade (clínica);

f) verificação de sinais vitais: devem ser registrados em espaço próprio na Folha de Sinais Vitais, na Ficha de Evolução da SAE e na ficha de intraoperatório e alimentar o Aplicativo com dados do balanço hídrico e sinais vitais nas unidades em que o mesmo já foi implantado;

XLVIII - seguir as normatizações previstas nos instrumentos gerenciais e assistenciais do Serviço de Enfermagem;

XLIX - realizar o relatório de enfermagem de forma clara, concisa com letra legível utilizando o carimbo do conselho;

L - Estimular o cliente para o autocuidado (higiene, vestimenta e alimentação), realizando para ele os procedimentos que ele não tem capacidade, competência ou recusa a fazê-lo;

LI - ofertar alimentos via oral e enteral;

LII - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;

LIII - oferecer apoio emocional aos clientes e familiares;

LIV - prestar cuidados de higiene e conforto ao cliente e zelar por sua segurança;

LV - Implementar, relatar e checar as prescrições de enfermagem e médica, rigorosamente;

LVI - identificar frascos abertos com data, hora e nome do responsável pela abertura;

LVII - zelar pela limpeza, organização e conservação de equipamentos e outros materiais de bens da unidade;

LVIII - prestar cuidados de enfermagem no pré e pós procedimentos operatórios e diagnósticos;

LIX - executar os POP's, sob a sua competência, conforme vigente em órgão de classe competente e descritos no livro institucional "Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem", tais como:

a) administrar medicamentos por via oral, enteral e parenteral;

b) realizar curativos de feridas operatórias, fixadores externos, drenos, cateteres

intravasculares centrais e periféricos, traqueostomia e feridas crônicas superficiais e sem complicações;

c) coletar amostra de material para exames laboratoriais;

d) instalar dispositivos de oxigenoterapia de baixo e de médio fluxo;

e) realizar limpeza e desinfecção concorrente e terminal de unidade e do posto de enfermagem;

f) promover a arrumação de cama;

g) cuidados com o corpo após a morte;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) puncionar acesso venoso periférico;

LX - Participar de atividades de educação em saúde, conforme programação do Serviço de Educação e Pesquisa em Enfermagem;

LXI - executar os trabalhos de rotina vinculados à admissão, transferência e alta de clientes;

LXII - participar no planejamento, execução e avaliação do transporte intra-hospitalar de baixo, médio e de alto risco;

LXIII - auxiliar o enfermeiro, o buco-maxilo, o fisioterapeuta, o médico no preparo e execução de procedimentos privativos;

LXIV - atender aos chamados dos clientes e dos acompanhantes;

LXV - anotar no prontuário do cliente os cuidados de enfermagem prestados, as orientações feitas e a presença de intercorrências, com precisão, objetividade e clareza cronologicamente;

LXVI - prestar informações e esclarecimentos sob sua competência aos familiares de clientes durante as visitas;

LXVII - manter vigilância permanente aos clientes, identificando suas necessidades objetivas e subjetivas;

LXVIII - desempenhar atividades que lhes forem delegadas, desde que sejam compatíveis com a sua função e competência;

LXIX - colaborar com os estudantes e professores nos estágios supervisionados;

LXX - observar e cumprir o código de ética de enfermagem, e o Manual do empregado da instituição.

Seção V

Auxiliar de Enfermagem

Art. 12. Compete ao Auxiliar de Enfermagem:

a) Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 11º do Decreto 94.406/87, sendo:

I - Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

- a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;
- b) realizar controle hídrico;
- c) fazer curativos;
- d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
- e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
- h) colher material para exames laboratoriais;
- i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;
- j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV - Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

- a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
-

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;

V - Integrar a equipe de saúde;

VI - Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Seção VI

Secretário

Art. 13. Compete ao Secretário:

a) executar todos os trabalhos burocráticos da unidade de enfermagem, sob orientação do enfermeiro;

b) atender telefonemas e transmitir recados;

c) manter os prontuários dos pacientes em perfeita ordem.

CAPÍTULO V

DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO, AVALIAÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 14. O processo de seleção para contratação de profissionais de Enfermagem, independente da forma de contratação, deverá ser realizado prioritariamente em conjunto com o Enfermeiro Responsável Técnico.

Art. 15. Os requisitos necessários para a atuação dos profissionais de Enfermagem são:

I - Enfermeiro Responsável Técnico:

- a) registro profissional no Coren, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) experiência profissional comprovada;
- c) capacidade de liderança (dentre outros);
- d) habilidade de estabelecer vínculo técnico-operacional entre os funcionários;
- e) ser especialista na área de atuação, preferencialmente;
- f) estar isento de processos ético-disciplinares;

II - Enfermeiro Supervisor de área:

- a) registro profissional no Coren, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
 - b) experiência profissional comprovada;
 - c) capacidade de liderança (dentre outros);
-

- d) habilidade de estabelecer vínculo técnico-operacional entre os funcionários;
- e) ser especialista na área de atuação, preferencialmente;
- f) estar isento de processos ético-disciplinares;

III – Enfermeiro Assistencial

- a) registro profissional no Coren, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) perfil profissional em acordo com o requisito da vaga;

III - possuir competências e habilidades assistenciais e gerenciais imprescindíveis para o cargo (conhecimento e habilidade técnico-científico especializado, capacidade de liderança, controle emocional, criatividade, dinamismo, humanidade, facilidade de relacionamento e trabalho em equipe e visão holística do cuidado à saúde);

- d) habilidade de estabelecer vínculo técnico-operacional entre os funcionários;
- e) ser especialista na área de atuação, preferencialmente.

IV – Técnico de Enfermagem:

- a) registro profissional no Coren, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
 - b) experiência profissional comprovada;
 - c) aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, autocontrole (dentre outros).
 - d) possuir competências para o trabalho em equipe, colaboração e engajamento;
 - e) ter conhecimento científico e habilidade técnica;
-

V – Auxiliar de Enfermagem:

- a) registro profissional no Coren, com jurisdição na área onde ocorra o exercício;
- b) experiência profissional comprovada;
- c) aceitação de trabalho em equipe, responsabilidade, autocontrole (dentre outros);
- d) possuir competências para cuidar de pessoas, colaboração e engajamento;
- e) ter conhecimento científico e habilidade técnica;

VI – Secretário/auxiliar administrativo:

- a) certificado de conclusão do ensino médio;
- b) comunicabilidade;
- c) competências desenvolvidas para responsabilidade, dinamismo, agilidade, cooperação;
- d) conhecimento de estatística;
- e) conhecimento de informática.

Art 16. Os profissionais de Enfermagem deverão ser periodicamente avaliados, a cada 06 meses, no mínimo, mediante instrumento de Avaliação de Desempenho previamente elaborado.

Parágrafo único. A avaliação de Desempenho poderá ser realizada sob diversas formas, sugerindo-se primeiramente a autoavaliação e, posteriormente, avaliação pela chefia direta.

Art. 17. Compete à Unidade de Internação:

I - Proporcionar assistência integral aos clientes considerando suas necessidades;

II - Promover pesquisa científica em assuntos de enfermagem;

III – Proporcionar, aos profissionais de enfermagem, treinamento sistematizado, etc.

Art. 18. Compete ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH ou SCIRAS):

I - Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;

II - Padronizar o uso de medicamentos, etc

CAPÍTULO VI

DO HORÁRIO DE TRABALHO

Art. 19. O Serviço de Enfermagem do HECAD manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

I. 1º. Horário de Trabalho ou Serviço Diurno (SD): 07h às 19h, em dias alternados;

II. Tempo de Intervalo Diurno: (refeição – 30 a 60 min e descanso – 60 min);

III. 2º. Horário de Trabalho ou Serviço Noturno (SN): 19h às 07h, em dias alternados;

Parágrafo único. O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 20. Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: jaleco; roupas brancas, não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelos presos; unhas curtas e evitar uso de adornos.

Art. 21. O funcionário poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizada somente pelo Enfermeiro RT da Unidade e/ou Chefe do Serviço de Enfermagem.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Art. 22. O Serviço de Enfermagem do HECAD realizará reuniões, uma vez ao mês, e extraordinárias, a qualquer tempo, sob convocação do Enfermeiro RT, da Coordenação da Unidade de internação (da Coordenação/Chefia Geral).

Art. 23. Os trabalhos realizados nas reuniões constarão de atas aprovadas pelos membros presentes no ato da leitura e arquivados pela chefia do Serviço de Enfermagem.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Carteira de Identificação do COREN-GO.

Art. 25. Os profissionais de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 26. O funcionário não poderá deixar o ambiente de trabalho uniformizado.

Art. 27. Anualmente, no mês de abril, o pessoal de enfermagem deve apresentar ao Departamento de Pessoal ou ao Enfermeiro Responsável Técnico, a certidão negativa fornecida pelo Coren-GO, informando que o mesmo se encontra regularizado com suas obrigações financeiras, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 28. O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto n. 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem".

Art. 29. O Enfermeiro Responsável Técnico poderá tomar decisões não previstas no presente Regimento, desde que respaldadas pela Legislação vigente.

Art. 30. O presente documento será de conhecimento de todos os profissionais de Enfermagem e permanecerá disponível de forma impressa em local acessível a toda a equipe de Enfermagem.

Art. 31. Este Regimento passa a vigorar a partir da homologação da Direção da Unidade e terá validade por um período de 03 (três) anos.

Art. 32. O Regimento Interno somente poderá ser alterado, por maioria absoluta dos membros do Serviço de Enfermagem.

SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem representa a base científica para a organização da assistência prestada aos pacientes e, por isso, deverá ser embasada em uma teoria de enfermagem que dará sustentação a sua prática. A Teoria de Enfermagem a ser implantada no Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD) terá como base legal a Resolução 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e como base científica os referenciais teóricos de Wanda de Aguiar Horta, por conter elementos conceituais que se identificam com a prática do cuidar nesta unidade assistencial, uma vez que define como razão de ser da enfermagem o uso da ciência e da arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, visando o resgate de sua capacidade para auto cuidar-se, em colaboração com outros profissionais da equipe multiprofissional.

O Processo de Enfermagem a ser implantado constará das seguintes fases:

I – Coleta de dados de Enfermagem (anamnese e exame físico) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas (técnicas propedêuticas: observação, palpação, percussão e ausculta), que tem por finalidade a obtenção de informações sobre o indivíduo e sobre suas respostas ao processo saúde e doença. Deverá subsidiar a análise de sinais e sintomas físicos, social, psicológicos e culturais para a definição dos Diagnóstico de Enfermagem.

II – Diagnóstico de Enfermagem – é o julgamento das reações do indivíduo a problemas reais ou potenciais de saúde. É um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os problemas de enfermagem que requerem intervenções de enfermagem. Deverá utilizar como base o sistema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I.

III – Planejamento de Enfermagem – É a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas visando a obtenção dos resultados esperados.

IV – Implementação – É a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Traduz-se, na prática, pelas definições dos itens da Prescrição de Enfermagem, fundamentadas a partir do(s) diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do indivíduo sobre as ações ou intervenções de enfermagem e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem, com vista a obtenção dos resultados esperados.

A SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, uma vez que os registros dos profissionais de enfermagem são fontes de informações relevantes e imprescindíveis para o acompanhamento dos níveis de qualidade e segurança da assistência de enfermagem. Os registros de enfermagem no prontuário do paciente serão estruturados a partir de um padrão previamente estabelecido, dentro das normas requeridas pela legislação, utilizando terminologias de enfermagem, de modo a contribuir com a construção de indicadores de qualidade para uma maior segurança dos cuidados prestados. São registros de Enfermagem:

Evolução de Enfermagem: Registro privativo do enfermeiro, feito após avaliação do estado geral do paciente, a cada 24 horas ou após intercorrências. São de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de permanência do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e nº COREN-GO.

Anotação de Enfermagem: Visa fornecer informações a respeito da assistência prestada, assegurando a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações. Deve conter assinatura e COREN-GO do profissional que efetuou o registro.

3.2.4. PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Certamente, o ideal é elevar, ao máximo possível, o nível de utilização das Tecnologias da Informação (TIs) e a minimização no uso do papel nas unidades hospitalares. De forma a padronizar e unificar, tecnologicamente, os setores para o melhor controle gerencial e utilizar mecanismos tecnológicos para a maior agilidade e o melhor atendimento ao usuário. Conforme dissertado em PINOCHET (2018) apud MOTTA et al. (2019)3:

(...) a corrida tecnológica e informacional não deixou a área da saúde à margem. Tanto no cuidado ao paciente e possibilidades de realização de exames imagiológicos e laboratoriais, como também junto à análise e gerenciamento de relatórios, serviços, e resultados, a tecnologia passa a desempenhar cada vez mais um papel essencial no cuidado ao paciente e na gestão do serviço médico-hospitalar. Com isso, investimentos em tecnologias têm sido o cerne das discussões em workshops, fóruns, congressos e eventos da saúde, de modo que a contribuição seja não apenas junto à assistência, mas também na gestão hospitalar.

É preciso ressaltar que em setembro de 2020, o governo de Goiás avançou, de forma importante, com a implantação de um sistema único de gestão nos 24 hospitais do Estado. Conforme publicação.

O Governo de Goiás, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES), iniciou a implantação do projeto Saúde Digital, um sistema de gestão hospitalar que integra dados e consolida todas as informações de serviços realizados e de assistência oferecida aos cidadãos nas unidades da rede de saúde pública. Com investimentos de R\$ 20 milhões, essa modernização significará mais agilidade no atendimento aos pacientes, com o aumento da produtividade e a redução dos custos da rede. O projeto

será implantado nas 24 unidades de saúde do Estado, que são gerenciadas por Organização Social (OS), responsáveis também pela aquisição da ferramenta necessária à padronização do banco de dados. “Antes, eram seis sistemas diferentes, que não se falavam. O hospital tinha a gestão de informação só da unidade dele. Com esse projeto, vamos ter apenas um sistema e a base de dados ficará na Secretaria de Saúde, que fará a gestão”, explica o superintendente de Tecnologia, Inovação e Sustentabilidade da SES, Renato Ricardo Alves.

O projeto “Saúde Digital” do Governo do Estado traz melhorias na comunicação inter-hospitalar do Estado de Goiás e também a melhoria da comunicação da unidade hospitalar com a Secretaria de Estado da Saúde – SES.

Posto isto, a unidade gestora Instituto Patris para atender ao quesito controle gerencial da unidade gerida e à melhoria do atendimento ao usuário, buscará a potencialização do trabalho e da produtividade hospitalar através de um Sistema de Gestão Hospitalar - SGH totalmente informatizado. Através da aquisição de softwares de gestão hospitalar.

Um SGH informatizado que reúna todas os aspectos da unidade hospitalar possibilitando um gerenciamento tático. Com uma visão amplificada pela tecnologia, o gestor identificará os elementos e processos da unidade hospitalar, constatando as viabilidades das melhorias.

O SGH informatizado promoverá uma visão dos gaps e dos acertos da administração facilitando as correções. Viabilizará, também, uma melhor qualidade no atendimento ao usuário, redução de custos, controle dos insumos, dinamização dos processos, proteção dos dados entre outros.

Para tal, a OS Instituto Patris estabelecerá o Projeto “Integração Digital” com a implantação do SGH informatizado, Enterprise Resource Planning – ERP, voltado para a saúde cuja tradução é Planejamento de Recursos Empresariais.

Logo, o sistema a ser implantado garantirá a abrangência das necessidades peculiares do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD certificando a uniformização dos processos de todos os setores e o incrementando o atendimento e qualitativo aos pacientes.

PROJETO - “Integração Digital”

Um projeto que atenda um controle gerencial amplo da unidade hospitalar e um atendimento ao usuário com excelência precisa buscar um mecanismo unificador. Esse mecanismo abrangente e unificador convergirá no sistema Enterprise Resource Planning – ERP. A Organização Social Instituto Patris pretende, com a contratação de uma empresa que instale um ERP hospitalar levar excelência ao Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

De forma que o Sistema de Gestão Hospitalar escolhido, ERP hospitalar, beneficiará os seguintes aspectos: atendimento; assistencial, fármacos e insumos; financeiro; suporte e conexão com o usuário.

A figura mostra um panorama geral apresentando a abrangência do sistema Enterprise Resource Planning – ERP, contemplado no projeto “Integração digital”, que será implantado no - HECAD.

Ação

Implantar o projeto “Integração Digital”

Justificativa

A implantação de um Sistema de Gestão Hospitalar informatizado possibilita uma melhor gestão além de trazer benefícios como:

- Segurança no armazenamento dos dados;
- Manejo controlado do estoque;
- Redução no uso do papel;
- Minimização de erros humanos;
- Rapidez no acesso das informações;
- Melhora o controle de gastos da instituição;
- Possibilita a utilização de Prontuário Eletrônico do Paciente;
- Funcionalidade na utilização;
- Incremento da produtividade;
- Atendimento mais eficiente aos clientes;
- Auxilia o gestor na tomada de decisões por possibilitar um amplo panorama das situações.

Objetivos

- Concentrar as informações da unidade hospitalar;
 - Incrementar a produtividade dos médicos e dos colaboradores gerais;
 - Aprimorar o atendimento aos usuários;
 - Monitorar: o prontuário eletrônico, a gestão de leitos, o transporte, o bloco cirúrgico, a enfermagem, o pronto-socorro e o pronto atendimento, a gestão de consultorias e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico SADT;
-

- Controle total: do estoque e do almoxarifado, da farmácia, do mapa de dispensação, do bloco cirúrgico e da Central de Material e Esterilização – CME;
- Administrar: a gestão de custos hospitalares;
- Gerir e simplificar: o diagnóstico por imagem, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico - SAME e o arquivamento de prontuários Serviço de Prontuário do Paciente – SSP;
- Ofertar aos usuários acesso total, fácil e centralizado dos serviços e informações da unidade hospitalar Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, conforme a Resolução Normativa nº 464, de 29 de dezembro de 20205.

Estratégias

- Contratação de empresa especializada para implantar o Sistema de Gestão Hospitalar Enterprise Resource Planning – ERP;
- Treinamento, pela empresa contratada, para o perfeito manejo do Sistema de Gestão Hospitalar Enterprise Resource Planning – ERP aos médicos e todos os colaboradores da unidade hospitalar;
- Constante suporte e manutenção, pela mesma empresa instaladora, do Sistema de Gestão Hospitalar Enterprise Resource Planning – ERP.
- Deve-se considerar, para a implantação de um SGH informatizado como o ERP, alguns aspectos no momento do planejamento.

Os sistemas informatizados de gestão em saúde são fundamentais na operacionalização de uma unidade de saúde como no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD..

Sua essencialidade se mostra na composição de toda a área assistencial e sua interligação com os serviços de apoio ao diagnóstico, complementares e administrativos financeiros.

Desta forma, a infraestrutura prevista pelo sistema informatizado de gestão em saúde prevê suporte para todas as atividades, quer sejam médicas, administrativas, financeiras e assistenciais, propiciando o acesso por serviços internet, através de extranets e intranets, com seus Indicadores sendo publicados regularmente, o que facilitará a rotina cotidiana na unidade, a prestação do serviço ao usuário da unidade, a prestação de contas e informações de metas realizadas para a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

Devido à complexidade assistencial e administrativa de uma unidade de saúde, cada vez mais se exige um atendimento de alto nível aos pacientes, com controle de custos, e a otimização de todas as tarefas pertinentes ao atendimento.

As unidades de saúde estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Nelas estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: unidade de saúde é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado. (CELESTINO, 2002, p. 01)

Neste cenário de alta competitividade e complexidade, as organizações estão cada vez mais dependentes de informações precisas e objetivas, conferindo à informação um status de patrimônio e capital, fundamental para a tomada de decisão e ao sucesso das operações das empresas, que torna indispensável à utilização de sistemas adequados.

Com a redução do custo de computação e aumento da capacidade do computador, tornou-se viável o uso da tecnologia da informação para tarefas mais analíticas do que o processamento manual de transações.

Os sistemas de informação funcional entram em cena para assegurar que as atividades da organização (funções) sejam executadas de modo eficiente. Ele prepara relatórios, extraindo informações do banco de dados da corporação e processando-as de acordo com as necessidades dos usuários. (TURBAN. RAINER JR. POTTER, 2003, p. 36)

Para o sucesso da implantação de um software, devem-se gerenciar de forma eficiente os processos administrativos e assistenciais, onde deve ser implantada uma revisão nos processos e a necessidade da implantação de um modelo adequado de governança de T.I. para suportar as novas tecnologias em implantação.

A gestão da T.I. é fundamental nas organizações em saúde e para o sucesso da implantação e utilização dos sistemas informatizados. É fundamental que a gestão da T.I. conte com profissionais com diversas características como: competências técnicas, conhecimento, visão e principalmente capacidade, conhecimento e experiência na área da saúde, possibilitando um gerenciamento da informação, determinando estratégias de utilização da informatização para atingir o melhor desempenho de cada setor do Policlínica. A gestão da T.I. ainda é responsável por diagnosticar as disfunções do

sistema, desenvolver e aplicar soluções de rede e hardware, e desenvolver e executar os projetos de informática que serão adotados pela organização.

Antes de tudo, é necessário reconhecer que a Gerência/Supervisão dos Sistemas de Informação (GSI) é indispensável para que um Hospital possa desenvolver administrar seus recursos de informação, que constituem requisito essencial para a produção eficiente de serviços de saúde de alta qualidade. (LAVARDE, 2010, p. 332)

Os sistemas de informações em saúde visam gerenciar todos os processos envolvidos no ambiente, automatizando os atendimentos, o gerenciamento e o controle das ações assistenciais e administrativas da unidade.

Outro ponto de grande importância é a segurança das informações, onde em um ambiente informatizado ocorre uma grande disseminação das informações, agregando um maior risco ao seu gerenciamento. Devem ser estabelecidas políticas de segurança, relacionando os riscos e realizando um plano de contingência aos mesmos.

Os softwares devem atender a todas as necessidades quanto ao paciente, atender as necessidades em todos os níveis organizacionais, que vão desde a entrada do paciente, toda a parte assistencial, prontuário eletrônico, até o administrativo, devendo as soluções ser plenamente integradas, com todas as informações unificadas, cujo maior benefício será a integridade e a uniformidade dos dados e da informação, se traduzindo em segurança e qualidade na Tecnologia da Informação. Devendo esse sistema ser estável, com máxima integração de processos, pessoas e informações, comprometendo todas as informações geradas nos ambientes de saúde.

Características técnicas:

Sistema modular: O Sistema será implementado em módulos funcionais, cada um abrangendo diversos aplicativos que têm maior coesão e que atuarão de forma perfeitamente integrada, como relacionado a seguir:

RELAÇÃO DE MÓDULOS

- Totem – emissão de senha;
- Painel de atendimento e chamada ao paciente;
- Controle de sala;
- Administrador do fluxo de atendimento;
- Central de agendamento de consultas, exames, sessões e tratamento;
- Ambulatório;
- Procedimentos cirúrgicos de menor porte;
- Posto de enfermagem;
- Prescrição eletrônica ao paciente;
- PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente;
- CCIH – Controle de Infecção Hospitalar;
- Laboratórios de Análises Clínicas;
- Diagnóstico por imagem;

- Patrimônio;
- Almoxarifado e farmácia
- Nutrição e dietética;
- Central de Material Esterilizado – CME;
- Engenharia e Manutenção;
- Portaria;
- SAME;
- Higienização e Limpeza;
- Lavanderia e Rouparia;
- Gestão de usuários;
- Acompanhamento e Controle gerencial;
- Centro Cirúrgico;
- Diretorias;
- Editor de Documentos Eletrônicos;
- Gerador de Relatórios.

1) Totem – emissão de senha:

a) O Totem contará com sistema deverá disponibilizar solução para a emissão de senha de atendimentos normais, pacientes prioritários e pacientes com mais de 80 (oitenta) anos para a gestão das filas de espera e atendimentos;

b) Deverá haver no Totem, sistema capaz de gerar impressão para a emissão de senhas;

c) Quando da emissão da senha, deverá ser impresso além do número da senha, a etapa inicial do atendimento em que o usuário deverá esperar;

d) Os painéis de visualização das senhas (painéis de atendimento) deverão ser integrados ao totem (sistema integrado) para o funcionamento da chamada dos pacientes;

2) Painel de Atendimento e Chamada:

a) O sistema deverá permitir fazer a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento e as respectivas chamadas no processo de atendimento;

b) O sistema deverá permitir fazer a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes;

c) O sistema deverá permitir fazer a configuração de quais processos de atendimento (triagem, atendimento administrativo, atendimento médico, atendimento social, exame de imagem, exame de laboratório, procedimentos, medicamentos) serão utilizados pelo painel de atendimento e chamada, assim como os campos que serão visualizados na tela em cada uma das etapas;

d) O sistema deverá permitir configurar chamada com sonorização;

e) O sistema deverá permitir configurar/habilitar o painel de chamada e atendimento com a leitura da senha ou do nome do paciente por voz;

f) O sistema deverá permitir a configuração na tela do painel de atendimento, de uma orientação ao paciente de qual direção deverá seguir para o atendimento;

g) O sistema deverá apresentar o local que o paciente deverá se dirigir (guichê, consultório, box, etc);

h) O sistema deverá permitir configurar quais especialidades de atendimento que serão chamadas através do painel;

i) O sistema deverá permitir configurar/ habilitar função multimídia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, vídeos, apresentações, stream, URL ou outros tipos;

j) O sistema deverá permitir configurar/habilitar a apresentação dos pacientes em espera para atendimento por listagem;

l) O sistema deverá configurar/habilitar informação com a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE) na fila que o painel está configurado para fazer a gestão;

m) O sistema deve permitir configurar/ habilitar informação com o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) por especialidade no Pronto Socorro.

3) Controle de Sala:

a) O sistema deverá disponibilizar solução para a chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de exames de imagens).

b) O sistema deverá permitir o usuário selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;

c) O sistema deverá estar integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;

d) O sistema deverá permitir registrar que o paciente se encontra em atendimento;

e) O sistema deve emitir mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontrar em atendimento em uma outra sala de ser chamado;

f) O sistema deve permitir registrar eletronicamente a conclusão do atendimento do paciente na sala;

g) Ao concluir o atendimento do paciente na sala, ele deve ser removido automaticamente da fila de espera e chamada de atendimento;

h) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;

i) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o apazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;

j) Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;

l) O sistema deve atualizar automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada a cada registro realizado no sistema.

4) Administrador de Fluxo de atendimento:

a) O sistema deve disponibilizar de solução que permita fazer análise em tempo real (online) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;

b) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online de indicador para fazer análise do tempo de espera para cadastro indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

c) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online de indicador para fazer análise do tempo de espera para triagem e classificação, indicando a senha com maior tempo de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

d) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e online, indicador para fazer análise em tempo real por prioridade do tempo médio de espera para classificação de risco, para cadastro do paciente e para o atendimento médico, indicando as senhas com maior tempo médio de espera da etapa do atendimento;

e) O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;

f) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas;

g) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade;

h) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por prioridade;

i) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;

j) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;

l) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;

m) O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;

AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, SESSÕES E TRATAMENTOS

a) O sistema deverá permitir configurar/cadastrar todos os Itens de agendamento com as seguintes informações: Código, Descrição do Item, Tipo do Item (Ambulatorial, Imagem, Laboratório ou de Composição), Ativo (Sim ou Não): Tempo Padrão de Execução, Prestadores Habilitados para a Execução dos Procedimentos, Relacionamento

do Item de Agendamento com o Procedimento correspondente na tabela SIGTAP, deve possuir configuração se em caso de anestesia na execução do procedimento o sistema deve sugerir alteração do tempo de realização, se é obrigatório o cadastro do paciente para o agendamento do respectivo item de agendamento, tempo de preparo em necessário em dias para a realização do procedimento agendado, tempo de repetência para o agendamento do procedimento novamente, recursos e equipamentos necessários para a realização do item de agendamento, tempo de execução do item de agendamento por prestador e proibições de itens de agendamento simultâneo com intervalo entre um agendamento e outro;

b) O sistema deverá possuir opção de cadastrar/configurar distintas Unidades de Atendimento (Ambulatório, Centro de Imagens ou Centro Clínico), esta opção será utilizada quando a instituição possuir Ambulatórios, Centro de Imagens ou Centros Clínicos distribuídos em rede e com localização física distinta, com os seguintes campos:
Código;

Nome;

Sigla;

Situação;

Endereço;

c) O sistema deverá possuir tela para o cadastro de feriados nacionais e regionais. Nas datas cadastradas como feriados o sistema não deverá disponibilizar e permitir realizar agendamento de procedimentos;

d) O sistema deve permitir fazer o registro dos recursos que serão utilizados na realização dos agendamentos e na realização dos procedimentos como os campos código, descrição, tipo, situação;

e) O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas de atendimento dos profissionais que prestam atendimento ambulatorial por Unidade de Atendimento;

f) O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas dos profissionais, que prestam atendimento ambulatorial na instituição no mínimo com as seguintes informações:

- Dia da Semana;
 - Tipo de Escala;
 - Hora Inicial;
 - Hora Final;
 - Tipo de Horário do Atendimento;
 - Qtde. Horários disponibilizados;
 - Qtde. Encaixes;
 - Permissão para realização de encaixes extras;
 - Profissional;
 - Setor;
-

- Unidade de Atendimento;
- Consultório; - Recurso;
- Itens de Agendamento do Dia;

Qtde. Máxima de atendimentos por Tipo de Atendimento x Especialidade/Serviço;

- Usuários Autorizados a realizarem agendamentos na escala;
- Peso Máximo/ - Altura Máxima;
- Faixa Etária;

g) O sistema deverá possuir opção para serem registradas/configuradas as mensagens de alerta aos usuários do setor de agendamento referentes ao prestador. Estas mensagens e alertas serão exibidas posteriormente na tela de agendamento para que os usuários que executam este processo possam visualizar e repassar as mesmas aos pacientes;

h) O sistema deve permitir configurar as mensagens que serão enviadas aos pacientes que fizeram os agendamentos, estas mensagens deverão ser configuradas para envio de e-mail ou por sms;

i) O sistema deve ter a opção de configuração dos horários e a quantidade de horas que serão enviados os e-mails e os sms para os pacientes;

j) O sistema deve ter a opção de configurar e fazer a leitura do sms de retorno, nesta mensagem respondida pelo paciente, de acordo com o código respondido pode confirmar ou cancelar o comparecimento em relação aos procedimentos agendados;

k) O sistema deverá possuir opção para a liberação da agenda médica baseando-se nas escalas configuradas. A liberação da agenda médica irá disponibilizar para o setor responsável pelo agendamento os horários de acordo com as parametrizações realizadas nas escalas de atendimento.

l) O sistema deve possuir os seguintes parâmetros para a liberação da escala de atendimento:

- Código da Escala (opcional);
- Data de Liberação;
- Período de Liberação da Escala;
- Tipo da Escala;
- Prestador;
- Especialidade;
- Se deseja sobrepor as agendas já disponibilizadas que estejam vagas;

m) O sistema deve disponibilizar recurso para fazer a configuração dos perfis de usuário para a central de marcação de consultas e exames;

n) O sistema deverá permitir agendar em tela única consultas, exames, procedimentos, sessões e tratamentos;

o) O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas de consultas, exames e procedimentos na tela de agendamento indicando no mínimo os seguintes parâmetros:

- Paciente;
- Item de Agendamento;
- Prestador;
- Especialidade;
- Tipo de Atendimento;

p) Na tela da Central de Agendamento, de acordo com os parâmetros lançados, o sistema deve executar automaticamente a busca de datas e horários mais próximos que estão disponíveis para o atender à solicitação de agendamento;

q) O sistema deve possuir campo para informar o modo como os procedimentos foram agendados:

- Telefone;
 - Pessoalmente;
 - Solicitação
 - Fax;
 - E-mail;
-

r) O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações de preparo dos procedimentos agendados para que as mesmas sejam repassadas ao paciente;

s) O sistema deve possibilitar inserir o paciente agendado em uma fila de espera, caso o intervalo entre a data do agendamento e a data disponível não estejam atendendo as necessidades do paciente;

t) O sistema deve permitir fazer a emissão do comprovante de agendamento ou então fazer o envio do mesmo por correio eletrônico ou SMS;

u) O sistema deve permitir registrar os contatos com os pacientes agendados para a confirmação da presença na data agendada;

v) O sistema deve permitir registrar a transferência de agenda de consultas e exames de um profissional para outro, ou para o mesmo profissional em nova data ou na mesma data em horário diferente;

- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de uma consulta previamente agendada informando o motivo do cancelamento;

- O sistema deve permitir o usuário bloquear uma agenda de um determinado profissional em um intervalo de horas dentro de um mesmo dia ou intervalo de dias, informando o motivo do bloqueio;

- O sistema deve permitir o usuário registrar os encaixes na agenda de consultas e exames;

- O sistema deve permitir o sistema fazer a gestão da fila de espera.

- O sistema deve alertar o usuário que existem agendamentos com as mesmas características na fila de espera para a vaga que foi disponibilizada ao ser cancelado o agendamento de um procedimento. O sistema deve permitir o usuário registrar/configurar a turma e a escala da turma com as seguintes informações: - Dias da semana; - Horário de início e fim por dia da semana; - Serviço; - Tipo de Atendimento; - Prestador;
 - O sistema deve permitir o registro de agendamentos em grupos de pacientes que fazem uma atividade em um mesmo horário, informando a turma e os pacientes por turma;
 - O sistema deve estar integrado com a prescrição médica eletrônica, pois todos os exames de pacientes internados ou ambulatoriais poderão ser agendados através de uma solicitação de agendamento de exames ou procedimentos que são prescritos pelo médico assistente e serão visualizados na fila de solicitações de agendamentos;
 - O sistema deve permitir ao usuário fazer a remissão dos comprovantes de agendamento como também o reenvio de e-mail para os mesmos;
 - O sistema deve permitir o usuário fazer a exclusão de agendas que foram previamente liberadas informando o motivo da exclusão;
 - O sistema deve permitir o usuário fazer a reserva de uma faixa de horários que esteja livre na agenda, o usuário deverá informar a data inicial e final, horário inicial e final e o tipo da reserva;
 - O sistema deve permitir o usuário fazer a pesquisa de agendamentos para um determinado médico, uma determinada data ou para um paciente específico; O sistema deve possuir tela de consultas onde o usuário poderá pesquisar todo o histórico de agendamentos do paciente;
-

- O sistema deverá disponibilizar relatório de agendamentos cancelados, agendamentos excluídos, Produção por Prestador/Recurso e Posição de Fila de Espera;
- O sistema deve possuir relatório com a agenda diária do médico;

AMBULATÓRIO

a) O sistema deverá ser totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de consultas, pois os pacientes agendados pela central devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes ambulatoriais;

b) O sistema deve possuir mecanismo para que o paciente faça a retirada da senha de atendimento ambulatorial. O sistema deve dispor de painéis de atendimento que informem os seguintes dados: - Senha; - Hora Chegada; - Previsão de Atendimento (cadastro); - Status do Atendimento;

c) O sistema deve possuir dispositivo que permita a recepcionista selecionar a senha em uma lista de atendimento e fazer a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o atendimento do mesmo;

d) O sistema deve permitir a recepcionista associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda médica; ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do ambulatório para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição. A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções: - Prontuário (matrícula) - Nome; - Sobrenome; - Data de Nascimento; - CPF; - Nome da Mãe;

e) A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;

- f) O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- g) O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- h) Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário irá iniciar o preenchimento do registro do paciente.
- i) O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento da unidade e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento. O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos: - Nome; - Nome Social; - Nome da Mãe; - Nome do Pai; - Data de Nascimento; - Sexo; - Cor; - Tipo Sanguíneo; - Nome do Cônjuge; - Identidade; - Órgão Emissor; - Data de Emissão; - CPF; - Cartão Nacional de Saúde; - Estado Civil - Endereço; - Número e Complemento; - Bairro; - Cidade; - CEP; - Telefone Residencial, - Telefone Comercial; - Telefone Celular; - E-Mail; - Local de Trabalho; - Profissão; - Classe Econômica; - Grau de Instrução; - Religião; - Etnia; - Naturalidade; - Nacionalidade; - Fotografia do Paciente; - Captura da biometria do paciente;
- i) O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- j) O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- l) O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações:
-

- Data; - Hora; - Médico; - Convênio; - Plano; - Tipo de Atendimento; - Serviço; - Tipo de Paciente; - Local de Procedência; - Destino; - Procedimento - CBO - Especialidade; - Responsável pelo Paciente; -

m) Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no momento do agendamento;

n) Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos: - Etiqueta de Identificação com Código de Barras; - Termo de Responsabilidade; - Ficha de Atendimento Ambulatorial

o) O sistema deve abrir automaticamente no faturamento e fazer o lançamento na fatura BPA o procedimento correspondente ao atendimento do paciente;

p) O sistema deve permitir o registro de atendimentos ambulatoriais de pacientes que não estão agendados, sem a necessidade de registrar como encaixe;

q) O sistema deve permitir o registro de atendimento de pacientes em turmas de atendimento, ou seja, mais de um paciente para um mesmo horário como ocorre na fisioterapia ou outros tratamentos em grupos;

r) O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;

s) O sistema deve disponibilizar mecanismo para que o usuário identifique e registre no sistema quais pacientes não compareceram a consulta médica;

t) O sistema deve dispor de tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;

u) O sistema deve dispor de tela de gerenciamento que informe a quantidade de atendimentos ambulatoriais por hora;

v) O sistema deve disponibilizar os seguintes relatórios: - Atendimentos por Período; - Atendimentos por Empresa; - Atendimentos por Médico; - Atendimentos por Cidade; - Atendimentos por Bairro; - Atendimentos por Especialidade; - Atendimentos por Serviço; - Atendimentos por Usuário; - Consultas Atendidas x Faturadas; O sistema deve emitir relatório de tempo de espera por período, por médico e por faixa de tempo;

x) O sistema deve atualizar automaticamente o status do atendimento de acordo com a etapa do atendimento executada;

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

- O acesso ao PEP deve disponibilizado para todos os membros da equipe multidisciplinar que dispensem atenção ao paciente respeitando as regras de acesso, como também a limitação do conteúdo do mesmo por perfil de usuário;

- O sistema deve possuir tela para registrar as formas de aplicação das medicações que serão prescritas;

- O sistema deve possuir tela para registrar as frequências de aplicação das medicações que serão prescritas para os pacientes. A frequência pode ser configurada por setor de assistência ou para toda a instituição;

- O sistema deve possuir tela para configurar quais itens de aferição serão registrados no prontuário do paciente, como também os valores limites para cada um dos itens de aferição;

- O sistema deve possuir tela para fazer o registro dos esquemas de prescrição, baseado na configuração dos esquemas os itens prescritos para o paciente serão apresentados e disponibilizados nas telas de prescrição e no formulário de prescrição médica e de enfermagem na sequencia configurada;
- O sistema deve permitir habilitar e configurar quais campos terão o preenchimento obrigatório por esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir configurar quais itens são de prescrição, e associa-los aos esquemas de prescrição;
- O sistema deve habilitar e exigir o preenchimento dos campos que foram configurados para o esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário desativar um item de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é médico ou de enfermagem ou ambos;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige justificativa ao ser prescrito pelo médico assistente;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é padrão ou não;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige diluentes na sua prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar o tipo de controle do item de prescrição (normal, balanço hídrico, coleta de sinal vital, alta de unidade, alta médica);

- O sistema deve permitir o usuário configurar para qual estoque o item de prescrição será solicitado no momento do fechamento da prescrição;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar a unidade de prescrição e a unidade de solicitação do item no estoque;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar qual item de estoque o item de prescrição está relacionado e de acordo com essa informação será solicitado este produto no estoque no momento do fechamento da prescrição;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é de diluição ou de reconstituição;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar quais os componentes (materiais descartáveis e diluições) serão solicitados junto com o item de prescrição ao finalizar a prescrição médica e de enfermagem;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar quais as formas de aplicação são possíveis para o item de prescrição;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar em quais os setores o item de prescrição não poderá ser prescrito;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar as superdosagens e as subdosagens dos itens de prescrição assim como a configuração das mensagens de alerta da super e da subdosagem;
 - O sistema deve permitir o usuário configurar as faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
-

- O sistema deve permitir o usuário configurar as informações padronizadas para os itens de prescrição faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
 - O sistema deve dispor de ferramenta que permita configurar os perfis de acesso e usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por tipo de prestador, por tipo de convênio, por setor, por especialidade, por prestador, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária do paciente;
 - O sistema deve dispor de dispositivo que permita ao usuário fazer a construção de documentos (formulários) eletrônicos, definindo o nome do formulário, os grupos de campos do formulário, permita associar as perguntas aos grupos de campos do formulário, as perguntas do formulário, o tipo do campo (Check-box, combo box, descritivo, lista de valores e etc..) e o layout do documento. Os documentos construídos nessa opção poderão ser associados ao perfil de acesso do prestador que serão carregados automaticamente de acordo com o perfil do usuário;
 - O PEP deve estar integrado com o cadastro único de pacientes da unidade, seja pelo atendimento ambulatorial;
 - Nos casos de atendimentos de pacientes em Pronto Atendimento, o PEP deverá ser integrado com o módulo de Acolhimento e Classificação de Riscos, ordenando a lista de pacientes a serem atendidos por Prioridade Clínica atribuída na Classificação, possibilitando ainda o médico consultar/visualizar de forma automática todas as informações coletadas durante o processo de classificação;
 - Permitir consulta dos dados do PEP inseridos nos diversos locais de atendimento das unidades de saúde onde está implantado o sistema com as seguintes informações: -
-

Dados Demográficos do Paciente; - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente; - Alergias do Paciente; - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação; - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores; - Vacinas do paciente; - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação; - Exames de Laboratório (valores e laudo); - Exames de Imagem (laudos e imagem); - Medicamentos em Uso; - Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Curva de Crescimento (gráfico); - Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- O sistema deve permitir ao médico registrar eletronicamente o formulário de admissão médica do paciente no mínimo com as seguintes informações: Queixa Principal; HDA (História da Doença Atual); HPP; Alergias; Antecedentes Pessoais; Antecedentes Familiares; Medicamentos em Uso; Hábitos e Costumes; Exame Físico; Nível de Consciência; Sinais Vitais (PAS, PAD, Temperatura, FC e FR) Avaliação de

Cabeça e Pescoço; Avaliação do Aparelho Cardiovascular; Avaliação do Aparelho Respiratório;

Avaliação Abdome; Avaliação Genitália; Avaliação Membros; Exame Neurológico;

Hipótese Diagnóstica; Causa da Internação ou Atendimento; Plano Terapêutico com as seguintes informações: Tratamento Proposto; Plano de Cuidados;

- O sistema deve permitir a criação/configuração de protocolos clínicos de atendimentos, e de acordo com o protocolo selecionado o sistema apresenta as perguntas, onde o médico vai informando as respostas e ao final o sistema irá sugerir a prescrição de acordo com as respostas inseridas no caminho percorrido pelo médico ao preencher o protocolo selecionado;

- O sistema deve, baseado em sinais vitais anotados para o paciente, informar que o mesmo se encontra com características de adesão a um determinado protocolo clínico;

- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro do diagnóstico médico do paciente baseado na tabela CID-10 possibilitando informar o diagnóstico principal e o (s) diagnóstico (s) secundários, o tipo da doença (crônico, agudo) como também o tempo da doença (dia, mês e ano);

- De acordo com o diagnóstico informado o sistema deve emitir alerta ao profissional informando que o diagnóstico informado é de notificação compulsória/obrigatória ou de agravo;

- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro dos medicamentos em uso contínuo pelo paciente (reconciliação medicamentosa);

- O sistema deve permitir fazer o registro das avaliações realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro no paciente tais como: - Glasgow; - Apache II; -Euroescore; -Time Risc; -Régua de Dor; - Superfície Corpórea; - Braden; - Fugulin;
 - O sistema deve permitir ao médico fazer o registro da evolução médica em formulário eletrônico carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do médico assistente; Inserir informações sobre alergias do paciente, tais como substância, reações e demais observações; Registrar indicadores de sinais vitais (Temperatura, Capnografia, PV, Glicemia, Pressão Intracraniana, Saturação, FC, FR, PAS, PAD) e dados antropométricos (Peso e Altura) como também deve permitir parametrização de outros indicadores a critério da instituição e a configuração dos sinais vitais a serem coletados pelo setor de atendimento;
 - Permitir o Médico registrar eletronicamente a prescrição de Medicamentos, Solicitações de Exames de Laboratório, Exames de Imagem, Cuidados Médicos, Dietas, Procedimentos, Hemoderivados, Fisioterapia, Cuidados e Orientações em tela única;
 - O sistema deve carregar de forma automática os materiais descartáveis (componentes) ao fazer a prescrição de um item que tenha necessidade dos mesmos para a sua aplicação/infusão;
 - O sistema deve gerar alertas ao médico prescrever medicamentos com substâncias aos quais o paciente tenha alergia registrada, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar por outra medicação;
 - O sistema deve gerar alertas de interação medicamentosa nas seguintes condições: Droga x Droga, Droga x CID, Droga Alimento, Droga x Resultado de Exame e
-

Droga x Nutriente; O sistema deve gerar alertas ao médico quando o mesmo prescrever medicamentos com interação medicamentosa nas condições acima mencionadas, assim como deve gerar de forma automática mensagem de alerta da interação, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar a mesma para poder finalizar o processo de prescrição;

- O sistema deve possibilitar a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo farmacêutico para a emissão de alertas de interações medicamentosa e superdosagens;

- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de antimicrobianos (ficha de antimicrobiano) ao prescrever um medicamento deste grupo de fármacos;

- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de procedimentos de alto custo (laudo de procedimentos de alto custo/complexidade) ao prescrever um medicamento, exame ou procedimentos de alto custo;

- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o receituário especial ao prescrever um medicamento de controle especial de acordo com a portaria 344/98;

- O sistema deve permitir o médico prescrever medicamentos do grupo de soroterapia com a velocidade infusão desejada, de acordo com a velocidade, o sistema deve calcular automaticamente a frequência dos medicamentos;

- O sistema deve gerar automaticamente alertas ao médico quando um item for prescrito em duplicidade;
 - O sistema deve gerar alerta para a prescrição de medicamentos que estejam com superdosagem, exigindo do mesmo uma justificativa para a manutenção da conduta e a finalização do processo de prescrição;
 - O sistema deve permitir ao médico fazer a configuração de seus itens de prescrição favoritos; O sistema deve permitir ao médico fazer a pesquisa de itens de prescrição por nome comercial, princípio ativo, laboratório, grupo de tratamento, diagnóstico e sintomas;
 - Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de medicamentos não padronizados ao prescrever um medicamento com esta característica; O sistema deve permitir o médico alterar o horário sugerido pelo sistema de acordo com os horários configurados na frequência padronizada pelo sistema;
 - O sistema deve disponibilizar de mecanismo para a prescrição de tratamentos de quimioterapia em ciclos e sessões;
 - O sistema deve permitir a criação de protocolos de tratamento de quimioterapia com a configuração de intervalo de dias entre os tratamentos e a quantidade de ciclos;
 - O sistema deve carregar automaticamente na tela de prescrição de quimioterapia os medicamentos configurados para o tratamento assim como a geração do tratamento dentro do intervalo de dias configurados para o protocolo selecionado;
 - Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação dos medicamentos e materiais descartáveis na farmácia;
-

- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de dieta no serviço de nutrição;
 - Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de exames de imagem no serviço/setor de imagem;
 - Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de coleta de amostras no serviço de análises clínicas (laboratório);
 - Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de fisioterapia no serviço de Fisioterapia;
 - O sistema deve permitir ao médico fazer a solicitação eletrônica de parecer médico para um determinado profissional ou uma determinada especialidade (Inter consulta);
 - Ao fazer a finalização da prescrição o sistema deve permitir que embora a prescrição seja válida para 24 horas o sistema possa gerar as solicitações de materiais e medicamentos de forma automática por turnos de atendimento pela farmácia até o limite de 24 horas;
 - O sistema deve permitir realizar a suspensão de um item prescrito ao paciente;
 - O sistema deve permitir realizar cópia de prescrição de uma determinada data ou fazendo a mescla de mais de uma data;
 - O sistema deve permitir que o próprio médico crie prescrições padronizadas baseadas nas prescrições realizadas e as disponibilize na área de prescrições padronizadas;
-

- O sistema deve permitir o médico fazer a emissão de atestados médicos, emissão de receitas, receituário especial e comprovantes de comparecimento;
 - O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico específico para o médico fazer o registro da descrição do ato cirúrgico;
 - O sistema deve disponibilizar formulário para o médico anestesista fazer o registro da ficha de anestesia, informando os dados graficamente na ficha;
 - O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico para registro do partograma;
 - O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro da anamnese ou entrevista de enfermagem;
 - O sistema deve permitir ao enfermeiro ou qualquer membro da equipe multidisciplinar fazer o registro da evolução em formulário eletrônico, carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do profissional assistente;
 - O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro do balanço hídrico, informando os ganhos e perdas do balanço. O recurso deve também permitir fazer o fechamento total ou parcial do balanço e gerando automaticamente o gráfico com os ganhos, perdas e o saldo do balanço;
 - O sistema deve permitir o Enfermeiro registre eletronicamente a prescrição de Cuidados de Enfermagem, Procedimentos e Orientações em tela única;
-

- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o aprazamento ou reaprazamento dos horários dos itens e das medicações prescritas pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
 - O sistema deve permitir o registro eletrônico da checagem das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
 - O sistema deve permitir o registro eletrônico da suspensão das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar que não foram executadas e informando o motivo da suspensão ou cancelamento;
 - O sistema deve apontar em painel de maneira clara e gráfica quais medicações estão em atraso;
 - O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa pesquisar as informações clínicas do paciente tais como: - Dados Demográficos do Paciente; - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de todos atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente; - Alergias do Paciente; - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação; - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores; - Vacinas do paciente; - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação; - Exames de Laboratório (valores e laudo); - Exames de Imagem (laudos e imagem); - Medicamentos em Uso; - Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Evoluções de Enfermagem do atendimento atual
-

ou de atendimentos anteriores; - Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Curva de Crescimento (gráfico); - Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores; - Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- O sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem;

- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial);

- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem; o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;

- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial);

- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o paciente se enquadra para definição do plano de cuidados;

GERENCIAMENTO DE UNIDADES

- O sistema deve permitir fazer o registro da solicitação de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;
 - O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;
 - O sistema deve permitir fazer o registro de transferência do paciente para o centro cirúrgico;
 - O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de médico assistente do paciente;
 - O sistema deve permitir a interdição e liberação de leitos de uma determinada unidade de internação;
 - O sistema deve permitir fazer o registro da programação de alta dos pacientes internados em uma determinada unidade de internação;
 - O sistema deve permitir o registro de ocorrências do plantão;
 - O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a internação;
 - O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de produtos ao estoque;
 - O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de devolução de produtos para o estoque;
 - O sistema deve permitir o usuário registrar a confirmação do recebimento de solicitações de produtos do estoque;
-

- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de solicitação de dietas avulsas ao serviço de nutrição e dietética da unidade;
- O sistema deve permitir o médico fazer o registro do boletim informativo com as condições clínicas do paciente para efeitos de informação;
- O sistema deve permitir o registro de avisos de alergias do paciente a substâncias;
- O sistema deve permitir o usuário registrar o início e fim da monitoração de aparelhos e gases utilizados pelo paciente;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a emissão do relatório de censo ocupacional da unidade de internação;

ESTOQUE E FARMÁCIA

- Cadastros e Configuração Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
 - Cadastro de fornecedores com as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;
 - Cadastro de Estoque com a definição do código, nome, tipo, se utiliza controle por código de barras, se utiliza endereçamento de produtos e setor; Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código, Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, sub-classe, Controle
-

de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ; Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;

- Dispor de tela para receber a Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;

- Dispor de tela para a liberação de Cadastro do Produto Novo após a validação do setor competente;

- Cadastro de Unidade de Estocagem de Movimentação de produtos com fator de conversão para a unidade de referência;

- Cadastro de localização dos estoques endereços das prateleiras;

- Cadastro dos Motivos de Baixa;

- Cadastro de Tipos de Documento;

- Cadastro do Motivos de Devoluções;

- Cadastro das Cotas de Reposição de Produtos ao Estoque;

- Configuração das Etiquetas de Código de Barras;

- Cadastro dos motivos de divergência no atendimento do estoque;

- Cadastro de Motivos de Saídas para Fornecedor;

- Cadastro de Kits de Produtos;
 - Cadastro de Formulas para o processamento de novos produtos a partir da composição de dois ou mais produtos;
 - Cadastro de Portarias da Vigilância Sanitária e seus produtos;
 - Cadastro das Listagens das Portarias da Vigilância Sanitária;
 - Cadastro de Ações Terapêuticas, Substância e seus produtos, Laboratório/Fabricante e seus produtos, cadastro de grupos de tratamentos e seus produtos, cadastro de palavraschaves e cadastro de produtos e DEF; Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
 - O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
 - O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
 - O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
 - O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;
 - O sistema deve permitir a configuração de espécie de produto x estoque;
-

- O sistema deve permitir a configuração de usuários x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x espécie;
- O sistema deve permitir a configuração de operações que podem ser realizadas por usuário e por estoque;

- O sistema deve disponibilizar a configuração de etiquetas de códigos de barras;

Entradas de Produtos

- Registro da entrada de produtos através da entrada por nota fiscal, onde o usuário, ao informar a ordem de compras, estando a mesma autorizada, o sistema carrega de forma automática na tela de registro de entrada de produtos todas as informações negociadas como fornecedor tais como: Valor da Compra, Fornecedor, Estoque de Entrada, CFOP, Frete, Produto, Valor Unitário, Qtde Entrada, Valor Unitário e Valor total. O usuário terá que somente fazer o registro do número da nota fiscal, a data de emissão e os lotes e as respectivas datas de vencimento dos mesmos;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por doação;
Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por vale;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por empréstimo;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por produção (reprocessamento ou manipulação);

- Registro da entrada de serviços através da entrada por nota fiscal de prestação de serviços;

- Registro da entrada de produtos consignados no estoque sem nota fiscal de consumo;

- O sistema deve permitir registrar a baixa de vales, ou seja, após uma entrada por vale, o fornecedor poderá enviar ao final de um período uma nota fiscal, nesse momento o usuário irá selecionar o fornecedor o sistema irá executar uma busca de quais vales estão em aberto. Após a busca o usuário relaciona quais vales em aberto estão relacionados a NFde consumo e fazendo nesse momento a baixa dos vales;

Saída de Produtos

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de produtos ao estoque para as seguintes opções: saída para consumo de setor, saída para consumo do paciente, transferência entre estoques, gasto de sala e saída entre empresas;

- As solicitações de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a dispensação, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a dispensação;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do setor e o lançamento no custo do setor;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do paciente onde o lançamento no custo será no atendimento do paciente e no setor de consumo;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do gasto de sala, onde o lançamento do custo será no aviso de cirurgia e no atendimento do paciente e no setor de consumo;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a transferência de produtos entre estoques, onde não serão lançados nenhum custo neste momento, somente ocorrerá a transferência dos valores e das quantidades dos produtos, atualizando automaticamente o saldo do produto no estoque de destino; O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de empréstimo; O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de produtos para fornecedor; O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de produtos para o paciente a partir do fechamento da prescrição eletrônica no prontuário eletrônico do paciente;

Devoluções de Produtos ao Estoque

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de devolução de produtos ao estoque para as seguintes opções: devolução de saída para consumo de setor, devolução de saída de produto para consumo do paciente;

- Devolução de Saída de Consumo de Gasto de Sala;

- As solicitações de devolução de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a confirmação de devolução, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a devolução do produto ao estoque;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do setor com o lançamento do motivo da devolução;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do paciente com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do gasto de sala com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos para fornecedor com o lançamento do motivo da devolução;

Outras Movimentações

- O sistema deve permitir o registro da baixa de produtos informando o motivo da baixa; O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre estoques;
 - O sistema deve permitir o registro da confirmação da transferência de produtos entre estoques;
 - O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre empresas;
 - O sistema deve permitir o registro do recebimento da transferência de produtos entre empresas;
 - O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos, materiais e medicamentos;
 - O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos em massa de materiais e medicamentos;
 - O sistema deve permitir a emissão dos livros de controle de medicamentos controlados como também a emissão dos termos de abertura;
-

- O sistema deve disponibilizar de tela para registrar a confirmação de consumo dos materiais e medicamentos dispensados ao paciente;
- O sistema deve disponibilizar de tela para o registro de recebimento das solicitações de produtos ao estoque;
- O sistema deve possuir de opção de liberação e bloqueio pelo farmacêutico da dispensação de materiais e medicamentos para o paciente.

Inventário

- O sistema deve permitir o usuário registrar a abertura de inventário, onde o mesmo pode escolher o almoxarifado, o item ou então a localização ou todos dos produtos de uma determinada espécie, espécie e classe ou espécie, classe e subclasse;
 - O sistema deve permitir o usuário registrar as quantidades das contagens dos produtos em inventário; O sistema deve ter rotina de geração do inventário;
 - O sistema deve ter a rotina da geração do balanço de inventário. Cálculos e Fechamentos
 - O sistema deve permitir fazer o fechamento do estoque, não permitindo mais após o fechamento transações e operações dentro do período fechado;
 - O sistema deve permitir a realização/execução dos cálculos da curva ABC;
 - O sistema de disponibilizar a realização dos cálculos de estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras de acordo com os critérios previamente determinados na configuração;
-

- O sistema deve ter opção para fazer o bloqueio de movimentação de itens de estoque de um ou de todos os lotes de um determinado produto;

Outras Transações e Consultas

- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos do estoque do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de dados consolidados do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de produtos críticos;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de consumo de produtos por setor;

GESTÃO DE USUÁRIOS E CONTROLE DE ACESSO

- Cadastro dos sistemas;
 - Cadastro dos módulos que compõem o sistema;
 - Cadastro de perfis/papel de usuários com a definição dos módulos, telas e relatórios que os mesmos terão acesso;
 - O sistema deve permitir a configuração das diretivas de segurança para a criação e definição de senhas;
 - Permitir a criação de usuários e a definição dos papéis de acesso dos respectivos usuários;
 - Permitir a desativação de usuários do sistema;
 - O usuário poderá ter um ou mais papéis definidos simultaneamente;
-

- Permitir a mudança de senha;
- Permitir a alteração de senha; Configurar os usuários por empresa;
- Configurar os usuários por setor ou unidade de internação;
- Configurar os usuários por SAME;
- Configurar os usuários por almoxarifado;
- Configurar os usuários por setores de diagnóstico;
- Configurar tabelas e as colunas que serão auditadas;
- Configurar as operações que serão auditadas junto as tabelas.

Gerador de relatórios

- Deve permitir criar relatórios, definindo nome e descrição do relatório;
 - Deve permitir inserir imagens nos relatórios;
 - Deve permitir definir perfis/grupos de usuários que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
 - Deve permitir gerar operações matemáticas básicas nas linhas e colunas do relatório;
 - Deve utilizar como fonte de dados todas as movimentações e informações de todos os módulos/ferramentas do sistema;
-

- Deve definir usuários específicos que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve definir filtros nos relatórios utilizando os padrões “de-a”; “maior que”; “menor que”; “diferente de”; “radio bottons”; “cheque box”; “drop down”.

ASPECTOS RELEVANTES PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR INFORMATIZADO ERP



Revisão dos processos administrativos e assistenciais para adequação ao sistema ERP.

Escolha do modelo adequado de governança da Tecnologia da Informação.

Escolha de profissional apto para uma gestão complexa da T.I.

O sistema ERP, a ser instalado, deve ser eficaz na automação dos atendimentos, do gerenciamento e do controle das ações assistenciais e administrativas da unidade hospitalar.

Estabelecimento de uma política de segurança das informações.

O sistema ERP escolhido deve suprir as necessidades em todos os níveis organizacionais: a entrada, aspecto assistencial, prontuário eletrônico e administração.

O sistema ERP deve integrar todas as ações com informações objetivas , uniformizadas, integras e confiáveis.

O sistema ERP deve ter estabilidade.

Cronograma

- As ações podem ser realizadas e alteradas conforme necessidade e operacionalização da empresa contratada

CRONOGRAMA DE AÇÕES

AÇÕES	PERÍODO (meses)
Contratação de empresa especializada para implantar o Sistema de Gestão Hospitalar <i>Enterprise Resource Planning</i> – ERP.	1
Treinamento, pela empresa contratada, para o perfeito manejo do Sistema de Gestão Hospitalar <i>Enterprise Resource Planning</i> – ERP aos médicos e todos os colaboradores da unidade hospitalar.	Após a implantação e depois de semestralmente.
Constante suporte e manutenção, pela mesma empresa instaladora, do Sistema de Gestão Hospitalar <i>Enterprise Resource Planning</i> – ERP.	Conforme necessidade.

Resultados esperados

- Gestão mais objetiva e baseada em indicadores;
- Informações facilmente acessíveis a todos os interessados;
- Clareza e objetividade nas informações geradas;
- Rendimento nos resultados laborais em todos os setores da unidade hospitalar e também em relação aos colaboradores externos;
- Usuários mais satisfeitos;
- Maior controle e satisfação no desempenho das atividades como o prontuário eletrônico, a gestão de leitos, o transporte, o bloco cirúrgico, a enfermagem, o pronto-socorro e o pronto atendimento, a gestão de consultorias e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico SADT;
- Custo hospitalar menor e controlado;
- Maior eficiência e eficácia nos serviços de diagnóstico por imagem, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, do Serviço de Arquivo Médico e

Estatístico - SAME e do arquivamento de prontuários Serviço de Prontuário do Paciente – SSP;

- Controle informatizado de todo o ambiente hospitalar;
- Excelência na disponibilidade de informações aos usuários.

3.2.5. PROPOSTA PARA REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

**REGIMENTO DO
CORPO CLÍNICO DO
HOSPITAL ESTADUAL DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
HECAD**

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1.º Este Regimento foi elaborado com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas da Direção Clínica/Divisão Médica do HECAD, gerido pelo Instituto Patris.

Art. 2.º O conteúdo deste Regimento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento da Direção Clínica/Divisão Médica, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas pela equipe, além de disciplinar e normatizar as ações e relações dos médicos que utilizam as dependências do HECAD no desempenho de suas atividades profissionais.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO GERAL

Art. 3.º A Divisão Médica do HECAD, caracteriza-se por:

I - Cargo de gestão: Chefe da Divisão Médica/ Diretor Clínico;

II - Ambientes de trabalho: Prédio da administração e todas as demais dependências do hospital que necessitem de equipe médica para seu adequado funcionamento;

CAPÍTULO III

DO CORPO CLÍNICO

Seção I

Da Composição

Art. 5.º O Corpo Clínico do HECAD é composto por todos os médicos que nele trabalham e possui o dever precípua de prestar assistência ao paciente sem distinção de qualquer natureza, além de agir com o máximo de zelo e capacidade profissional.

Art. 6.º O Corpo Clínico do HECAD goza de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, em concordância com o Código de Ética Médica, com observância ao Regimento Interno e do Corpo Clínico e às Resoluções específicas dos Conselhos Federal (CFM) e Regional de Medicina do Estado de Goiás (CRM-GO).

Art. 7.º Os médicos do Corpo Clínico do HECAD se dividem nas seguintes categorias:

I – Membros efetivos: médicos que trabalham regular e assiduamente no Hospital, internando e/ou atendendo pacientes, participando das reuniões clínicas e das demais atividades inerentes às suas funções;

II – Membros temporários: médicos que exercem suas atividades de forma esporádica ou por períodos de tempo definidos, como residentes, médicos estagiários, médicos voluntários, devidamente inscritos nesta categoria, e médicos convidados, com as mesmas funções exercidas pelos membros efetivos;

III – Membros honorários: médicos distinguidos honorificamente com este título, conferido pelo Corpo Clínico, em função de relevantes serviços prestados à Instituição ou à comunidade assistida por esta;

IV – Membros consultores: médicos de notória competência profissional, convidados a prestar serviços temporários no HECAD e a colaborar com o Corpo Clínico do hospital, nos casos que forem necessários, após aprovação da Direção Clínica/Divisão Médica, respeitando os princípios éticos e este Regimento;

V – Membros contratados: médicos que exercem atividades específicas no Hospital, decorrentes de contrato de prestação de serviços por tempo previamente estabelecido, com possibilidade de prorrogação.

Seção II

Da Organização

Art. 8.º Os médicos que compõem o Corpo Clínico se organizam nas três gerências: Gerência de Atenção à Saúde, Gerência Administrativa e Gerência de Ensino e Pesquisa.

Art. 9.º O Corpo Clínico da instituição será coordenado pelo (a) Chefe da Divisão Médica/Diretor Clínico e pelo (a) Vice-Diretor Clínico e/ou substituto legal, devidamente inscritos e em dia com as obrigações junto ao CRM, efetivados pela normativas do Instituto Patris para ocupação dos cargos de gestão e aprovados pelos pares, ambos trabalhando em parceria com o Diretor Técnico.

Art. 10. Cada especialidade médica integrante dos serviços assistenciais, indicará à chefia de sua Unidade, a critério dos pares, um responsável técnico quando exigido pelo conselho ou uma liderança nos demais casos.

§ 1.º Caberá ao responsável técnico, coordenador, chefe e/ou liderança da especialidade se reportar à chefia de sua Unidade ou a Direção Clínica/Divisão Médica em relação a assuntos assistenciais.

§ 2.º Supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais especializados deverão possuir título de especialista na especialidade que representam, com o devido registro do título pelo CRM-GO.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES, DEVERES E DIREITOS

Seção I

Do alcance das atribuições

Art. 11. Conforme Resolução do CFM nº 2.147/2016, a prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento no HECAD são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o CRM-GO.

Art. 12. O Diretor Técnico, habilitado para o exercício da medicina e em dia com suas obrigações junto ao CRM-GO, será escolhido de acordo com o Regimento Interno do HECAD, com todas as obrigações e prerrogativas inerentes ao cargo.

Art. 13. É assegurado ao diretor técnico o direito de suspender, integral ou parcialmente, as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção, quando faltarem as condições funcionais previstas nas Resoluções CFM n.º 2147/2016 e 2056/2013 e outras, devendo obedecer a esta última na consecução desse direito.

Art. 14. O Diretor Clínico/Chefe da Divisão Médica, habilitado para o exercício da medicina e em dia com suas obrigações junto ao CRM-GO, é o representante do Corpo Clínico, notificando ao diretor técnico sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições, além de ser responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na Instituição.

Art. 15. O Diretor Clínico/Chefe da Divisão Médica e o Vice-Diretor Clínico serão obrigatoriamente eleitos, juntamente com a Comissão de Ética Médica, para um mandato de 30 meses, em Assembleia Geral do Corpo Clínico, convocada especificamente para este fim por meio de edital de convocação, cujo processo de eleição obedecerá às resoluções vigentes editadas pelo CFM e CRM-GO.

Art. 16. O Diretor Clínico acumula a função de chefe da Divisão Médica no organograma oficial do HECAD, com todas as obrigações e prerrogativas inerentes ao cargo, podendo a nomeação ser reavaliada pelo corpo clínico a qualquer tempo.

Art. 17. É assegurado ao Diretor Clínico/Chefe da Divisão Médica encaminhar ao diretor técnico as decisões tomadas em assembleia do Corpo Clínico para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico assistenciais, por faltarem as condições funcionais previstas nas Resoluções CFM n.º 2056/2013 e CFM N.º 2.153/2016, bem como comunicar as decisões ao CRM-GO e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

Art. 18. É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e diretor clínico em estabelecimentos assistenciais que tenham corpo clínico com menos de trinta médicos.

Art. 19. É obrigatório o exercício presencial da Direção Técnica e da Direção Clínica

Seção II

Dos Deveres da Direção Técnica

Art. 20. O Diretor Técnico é o responsável perante o CRM-GO, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que representa.

Art. 21. Nos impedimentos do Diretor Técnico, a administração deverá designar, imediatamente, substituto médico, enquanto durar o impedimento.

Art. 22. Compete ao Diretor Técnico:

I – Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, inclusive as determinadas pelo CFM, pelo CRM-GO e por este Regimento;

II - Assegurar as condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, com vistas ao melhor desempenho do Corpo Clínico da instituição e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população atendida pelos seus serviços, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da Instituição;

III - Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

IV - Assegurar o funcionamento adequado das demais comissões hospitalares oficiais em atividade na instituição e garantir a constituição de outras comissões que forem necessárias;

V – Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o CRM-GO, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável, aplicando-se esta mesma regra aos demais profissionais da área de saúde que atuem na Instituição;

VI – Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da Instituição, de acordo com as regras das Resoluções CFM nº 2.056/2013 e CFM n 2.153/2016, e tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII – Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar o pagamento dos salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto às instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

VIII – Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

IX – Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer naturezas seja adequado ao suprimento do consumo da Instituição, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da Instituição;

X – Cumprir o que determina as Resoluções CFM nº 2.056/2013 e CFM Nº 2.153/2016 no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

XI – Providenciar a renovação do certificado de inscrição, junto ao CRM-GO, no prazo mínimo de 30 dias antes do vencimento, comunicando as alterações na composição do Corpo Clínico quando da renovação da Certificado de Inscrição de Pessoa Jurídica;

XII – Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto nas Resoluções CFM n.º 1974/2011, CFM nº 2.126/2015 e CFM Nº 2.133/2015 ou aquelas que as sucederem;

XIII – Assegurar que os médicos que prestam serviço na Instituição, independentemente de seu vínculo, obedeçam ao disposto nos Regimentos Internos da Instituição e do Corpo Clínico;

XIV – Assegurar que os convênios sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos;

XV - Comunicar ao CRM-GO, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente.

Seção III

Dos deveres da Direção Clínica

Art. 23. Compete ao Diretor Clínico:

I – Assegurar que todo paciente internado na Instituição tenha um médico assistente;

II – Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentadas no prontuário;

III – Organizar os prontuários dos pacientes, de acordo com o que determina as Resoluções do CFM nº 2.056/2013 e CFM n 2.153/2016;

IV – Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na Instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

V - Assegurar que as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) sejam preenchidas e assinadas pelo médico assistente, fazendo constá-las no prontuário dos pacientes atendidos pelo SUS.

V – Disponibilizar meio (livro ou digital) para registro de ocorrências aos médicos plantonistas.

Art. 24. São deveres do Diretor Clínico:

I – Dirigir e coordenar o corpo clínico da Instituição, estimulando em cada um de seus membros o espírito de trabalho em equipe, o respeito ao paciente, os princípios que norteiam a atividade médica, mormente a moral, a ética médica e o espírito científico;

II – Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da Instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessários ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e

realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;

III – Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento do Corpo Clínico;

IV – Supervisionar a efetiva realização da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível ao paciente;

V – Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital, sempre que necessário;

VI – Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;

VII – Recepcionar e assegurar aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão;

VIII - Convocar e presidir as Assembleias do Corpo Clínico;

IX - Participar das reuniões da Alta Gestão da instituição, sempre que convocado, representando os membros do Corpo Clínico;

X - Estimular a participação de todos os membros do Corpo Clínico em eventos científicos organizados pela instituição, visando o aperfeiçoamento técnico de cada um;

XI - Enviar ao CRM-GO a ata da eleição da Diretoria Clínica e da Comissão de Ética Médica;

XII - Comunicar ao CRM-GO, por escrito, ao assumir ou deixar o cargo definitivamente;

XIII - Assumir as atribuições dos coordenadores de especialidades médicas nas instituições em que estes não são previstos;

Art. 25. Compete ao Vice-Diretor Clínico:

I - Substituir o Diretor Clínico em todas as suas atribuições, quando da ausência eventual ou temporária deste;

II - Substituir o Diretor Clínico após o afastamento definitivo deste, completando o período do mandato para o qual fora eleito;

III - Assessorar o Diretor Clínico no desempenho de suas atividades, em especial quando das Assembleias Gerais do Corpo Clínico.

Art. 26. Compete ao Chefe da Divisão Médica, unidade de função gratificada na estrutura Organizacional do HECAD:

I - Coordenar a equipe médica da Instituição;

II - Supervisionar a execução das atividades de assistência médica;

III - Produzir relatórios sobre a assistência médica na Instituição;

IV - Fazer cumprir o código de ética dos profissionais médicos;

V - Zelar pelo exercício ético dos profissionais médicos;

VI - Assessorar a gerência no cumprimento do regimento interno das divisões, setores e unidades assistenciais;

VII - Assessorar a gerência no planejamento, organização, administração, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais da Instituição;

VIII - Participar, em articulação com a Divisão Gestão Cuidado, da organização e implementação das linhas de cuidado;

IX - Participar da elaboração dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das unidades assistenciais, setores e divisões da atenção à saúde;

X - Assumir a responsabilidade ética, médica, técnica-científica e representar a Instituição perante os CFM e CRM-GO ou em juízo, segundo a legislação vigente;

XI - Mediar conflitos e estimular o relacionamento harmonioso entre os médicos e demais profissionais do hospital, bem como destes com a governança;

XII - Executar atividades profissionais da área de saúde correspondentes à sua formação;

XIII - Realizar a escuta das necessidades da área de saúde correspondentes à sua formação;

XIV - Participar do planejamento, coordenação e execução dos programas, estudos, pesquisas e outras atividades de saúde;

XV - Participar do planejamento, elaboração e execução de programas de educação permanente adotados na Instituição;

XVI - Assessorar a gerência na implantação e implementação da política de assistência, ensino e pesquisa;

XVII - Promover, em articulação com a Gerência Ensino Pesquisa, a integração docente assistencial com o Departamento de Medicina da Universidade;

XVIII - Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes médicas, com a finalidade de sempre manter os profissionais capacitados e aptos à prestação de assistência de qualidade ao paciente;

XIX - Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

XX - Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

XXI - Manter a página da Divisão Médica/Direção Clínica atualizada no sítio eletrônico do HECAD, conforme determina a Lei de Acesso à Informação (identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço, competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho).

Seção IV

Das atribuições do coordenador ou responsável técnico de especialidades médicas

Art. 27. São atribuições do Coordenador/Responsável Técnico de Especialidades Médicas, subordinado à respectiva Unidade Funcional do Cuidado:

I - Supervisionar e coordenar as atividades de sua clínica;

II - Organizar as escalas de plantão, as escalas de férias e promover as substituições em sua área de responsabilidade, dando ciência à chefia da Unidade Funcional do Cuidado a qual pertence à chefia imediatamente superior e ao Diretor Clínico;

III - Estabelecer as escalas de atendimento aos pacientes da instituição entre os membros de sua clínica;

IV - Coordenar a elaboração pela clínica das rotinas e dos protocolos de atendimento médico;

V - Promover reuniões administrativas, assistenciais e científicas de sua clínica de forma regular e periódica com o objetivo de melhor organizar os trabalhos e estimular o conhecimento científico.

Art. 28. O médico, quando investido em função de chefe, gerente, coordenador ou qualquer outro cargo de chefia, deve pautar-se pelos princípios éticos de respeito, consideração e solidariedade para com os colegas, sempre buscando o interesse e bem estar do paciente e dos estudantes, sem, contudo, deixar de denunciar ao CRM-GO atos que contrariem os postulados éticos. Parágrafo único. Tem ainda o dever de assegurar os direitos dos médicos e a demais condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Medicina.

Seção V

Deveres e direitos do corpo clínico

Art. 29. São deveres dos membros do Corpo Clínico:

I – Estar inscrito no CRM-GO e cumprir com todas as obrigações legais junto ao mesmo;

II - Prestar atendimento médico aos pacientes assistidos na instituição com ética, respeito e consideração, utilizando-se do melhor de seus conhecimentos, sempre pautado pelos princípios morais e da ética médica e pelos preceitos técnico-científicos em vigor;

III - Elaborar adequadamente os prontuários (impresso ou eletrônico) ou fichas de atendimento de todos os pacientes sob seus cuidados, realizando as evoluções e as prescrições de forma legível, identificadas e datadas cronologicamente, assinando e identificando-se como responsável pelo atendimento, tudo isso visando à elucidação do caso, a possibilidade de acompanhamento por outro médico e o entendimento por parte dos demais profissionais de saúde da instituição quando da participação destes no atendimento ao paciente, conforme estabelecido em resolução específica do CFM;

IV - Assumir a responsabilidade pelos atos praticados quando do exercício da atividade médica na instituição;

V - Orientar sua atividade profissional, de acordo com o estabelecido pelo Código de Ética Médica, pelas resoluções do CFM e do CRM-GO, por este Regimento Interno e pelas normas internas institucionais;

VI - Aprimorar continuamente seus conhecimentos éticos e técnico-científicos com vistas ao benefício do paciente e ao seu crescimento profissional e dos formandos sob sua responsabilidade;

VII - Colaborar com os demais médicos no atendimento ao paciente, no desenvolvimento das atividades hospitalares e no aprimoramento ético e técnico-científico destes;

VIII - Respeitar e colaborar com os demais profissionais da instituição, visando o aperfeiçoamento do atendimento ao paciente e a melhoria das condições de trabalho;

IX - Acatar as orientações da Comissão de Revisão de Prontuários, conforme resolução do CFM, bem como da Comissão de Análise de Óbitos e dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna e Fetal/Infantil;

X - Acatar as determinações das demais comissões hospitalares em funcionamento na instituição;

XI - Observar os horários estabelecidos para a realização de procedimentos, conforme os regulamentos dos setores da instituição;

XII - Oferecer, previamente à realização dos procedimentos médicos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pacientes a serem atendidos e solicitar-lhes a autorização por escrito;

XIII - Transferir pacientes sob seus cuidados de forma escrita e verbal, elaborando relatório de transferência e registrando a transferência em prontuário médico;

XIV - Reassumir a responsabilidade pelo paciente para o qual solicitou avaliação de outro colega;

XV - Resguardar para si ou para o Diretor Clínico e/ou Diretor Técnico os comentários sobre condutas médicas dos membros do Corpo Clínico.

Art. 30. São deveres gerais dos membros do Corpo Clínico:

- I - Comparecer ao trabalho trajado adequadamente;
 - II - Usar o crachá nas dependências do complexo hospitalar e seus anexos;
 - III - Tratar a todos com urbanidade;
 - IV - Cumprir os procedimentos operacionais padrão (POP's), referentes às tarefas para as quais forem designados;
 - V - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
 - VI - Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;
 - VII - Comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;
 - VIII - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;
 - IX - Acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;
 - X - Participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;
 - XI - Compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;
-

XII - Participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - Zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XIV - Manter seus registros funcionais atualizados;

XV - Guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - Submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - Observar e cumprir o Código de Ética da profissão, conhecer o Código de Ética dos demais profissionais da área da saúde, visando um trabalho em equipe multidisciplinar, em consonância às demandas dos usuários, respeitando as especificidades de cada um e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Art. 31. São direitos dos membros do Corpo Clínico:

I - Frequentar as instalações da instituição e utilizar todos os recursos técnicos e os meios de diagnóstico e de tratamento disponíveis em benefício dos pacientes assistidos;

II - Exercer sua atividade profissional com autonomia, isenta de interferência, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e normas existentes na instituição e os protocolos clínicos implantados;

III - Participar das Assembleias Gerais do Corpo Clínico, quando convocado, votar e, conforme sua categoria, ser votado nas eleições;

IV - Comunicar aos órgãos diretivos, à Comissão de Ética Médica e, em última instância ao CRM-GO, falhas na organização, nos meios, na execução e na normatização das atividades da assistência prestada aos pacientes na instituição;

V - Participar das comissões permanentes e temporárias da instituição;

VI - Recomendar à Direção Clínica e à Assembleia do Corpo Clínico a admissão de novos membros;

VII - Suspender as atividades médicas, individual ou coletivamente, quando a instituição não oferecer condições adequadas para o exercício profissional, ressalvadas situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente ao Diretor Clínico e ao CRM-GO;

VIII - Recorrer ao CRM-GO quando se julgar prejudicado em decisões de qualquer natureza, internas ou externas ao hospital;

IX - Manter os horários de plantão e/ou de atendimento médico previamente estabelecidos, com prioridade de escolha do horário pelo membro do Corpo Clínico com maior tempo de trabalho na instituição;

X - Ser suspenso ou excluído da instituição somente após obedecido o disposto nas legislações referentes à penalidade disciplinar, constantes do Regulamento de Pessoal e da Norma Disciplinar do Instituto Patris, do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Federais, e das normas estabelecidas nos demais contratos de trabalho, se houver.

Parágrafo único. O uso dos equipamentos e instrumentos destinados ao atendimento médico e a prescrição de medicamentos, conforme disposto no inciso I deste artigo, poderão ter restrições de acordo com normas relativas à qualificação e treinamento dos membros do Corpo Clínico e ser limitados pela normatização dos Protocolos Assistenciais de cada clínica e pelos Protocolos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

CAPÍTULO V

Da nomeação

Art. 32. A indicação para nomeação da chefia da Divisão Médica/Direção Clínica deverá seguir, no que couber, os critérios estabelecidos por meio de Resolução da OSS.

Art. 33. A chefia da Divisão Médica é uma função gratificada, sendo a classificação, descrição e atribuições apresentadas no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratificadas (PCCFG) do Instituto Patris.

§ 1.º A chefia da Divisão Médica, deverá ser ocupada por pessoa graduada em Medicina, devidamente inscrita no CRM-GO, eleita pelo Corpo Clínico da Instituição.

§ 2.º Nas ausências e impedimentos legais da chefia da Divisão Médica, assumirá o vice-diretor clínico, também eleito pelo Corpo Clínico da Instituição, que será o substituto legal, formalmente nomeado, permanecendo no cargo por igual período ao do mandato da chefia.

CAPÍTULO VI

Das assembleias gerais do corpo clínico

Art. 34. A Assembleia Geral do Corpo Clínico é a instância máxima de deliberação dos membros do Corpo Clínico, convocada pelo Diretor Clínico, por edital, com antecedência mínima de 10 dias, instalando-se em primeira convocação, com quórum mínimo de 2/3 dos seus membros e, em segunda convocação, após uma hora, com qualquer número de membros.

Art. 35. As deliberações ocorrerão por maioria simples de votos, cabendo ao Diretor Clínico o “voto de Minerva”.

Art. 36. As Assembleias Gerais Extraordinárias poderão ser convocadas por edital, com 24 horas de antecedência mínima, pelo Diretor Clínico ou por solicitação de pelo menos 1/3 dos membros do Corpo Clínico.

Art. 37. O Diretor Técnico e a Gerência de Atenção à Saúde poderão solicitar ao Diretor Clínico a convocação, devidamente justificada, de Assembleias Gerais Extraordinárias.

Art. 38. As Assembleias Gerais Ordinárias ou Extraordinárias serão presididas pelo Diretor Clínico, com assessoria do Vice-Diretor Clínico, que indicará um membro do

Corpo Clínico para assumir as funções de Secretário. Parágrafo único. Na impossibilidade de o Diretor Clínico presidir as assembleias, estas serão presididas na seguinte ordem:

I - Pelo Vice-Diretor Clínico;

II - Pelo Presidente da Comissão de Ética Médica;

III - Por um Coordenador de Clínica indicado pelos membros presentes;

IV - Por Membro Efetivo do Corpo Clínico indicado pelos membros presentes.

CAPÍTULO VII

DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art. 39. A Instituição manterá uma Comissão de Ética Médica que, por delegação do CRMGO, é uma entidade da instituição com funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência e, com o qual manterá estreita colaboração e parceria. Parágrafo único. A Comissão de Ética Médica possui autonomia de trabalho em relação à instituição, sem vinculação ou subordinação à sua direção.

Art. 40. Os membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos, conjuntamente com a Diretoria Clínica, em Assembleia Geral do Corpo Clínico, convocada pelo Diretor Clínico, através de edital, em votação secreta e direta, para um mandato de 30 meses, coincidente com o mandato do Diretor e Vice-diretor Clínico. Parágrafo único. As regras para a composição da Comissão de Ética Médica e de todo o processo eleitoral seguirão o disposto em resoluções específicas do CFM e do CRM-GO.

Art. 41. Compete à Comissão de Ética Médica:

- I - Zelar pelos princípios da ética médica junto à instituição;
 - II - Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica no hospital, adotando medidas para combater a má prática médica;
 - III - Conscientizar o Corpo Clínico quanto aos preceitos da Ética Médica;
 - IV - Comunicar ao CRM-GO indícios de infração ética e o exercício ilegal da Medicina;
 - V - Manter atualizado o cadastro de médicos do hospital e verificar se a instituição se encontra regularmente inscrita no CRM-GO e em dia com suas obrigações;
 - VI - Colaborar com o CRM-GO na tarefa de educar, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
 - VII - Atender às convocações e requisições do CFM e CRM-GO;
 - VIII - Elaborar pareceres sobre aspectos éticos e técnicos dentro do âmbito da instituição;
 - IX - Fornecer subsídios à instituição com vistas à melhoria das condições de trabalho;
 - X - Orientar os usuários em questões de Ética Médica;
 - XI - Instaurar sindicâncias, instruí-las e emitir relatório circunstanciado, após recebimento de denúncia de infração por membro do Corpo Clínico ou por decisão da própria comissão;
-

XII - Em caso de denúncia de possível infração ética, após instauração de sindicância, emitir relatório sem emissão de juízo e encaminhá-lo obrigatoriamente ao CRM-GO para apuração;

XIII - Comunicar ao CRM-GO práticas médicas desnecessárias, atos médicos ilícitos e irregularidades na instituição não corrigidas em prazo estipulado;

XIV - Promover e divulgar as normas complementares advindas dos órgãos e autoridades competentes;

XV - Colaborar com os órgãos públicos ou entidades profissionais em tarefas relacionadas ao exercício profissional.

Parágrafo único. O funcionamento, o desenvolvimento das atividades e demais regras específicas da Comissão de Ética Médica deverão constar de regimento próprio.

CAPÍTULO VIII

DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES DE MEMBRO DO CORPO CLÍNICO

Art. 42. Serão considerados infratores e sujeitos a penalidades qualquer membro do Corpo Clínico que:

I - Desrespeitar o Código de Ética Médica e as resoluções do CFM e do CRM-GO;

II - Desrespeitar os estatutos e regulamentos da instituição, estes de conhecimento obrigatório por parte dos membros do Corpo Clínico;

III - Desrespeitar as normas estabelecidas no Regulamento de Pessoal e da Norma Disciplinar do Instituto Patris, do Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Federais, e das normas estabelecidas nos demais contratos de trabalho, se houver.

Parágrafo único. A aplicação de penalidades referentes às infrações relativas ao inciso I é de competência exclusiva do CRM-GO.

Art. 43. Havendo suspeita de infração ou denúncia de caráter administrativo em desfavor de membro do Corpo Clínico, a Direção do Hospital deverá seguir o disposto nos Regulamentos de Pessoal de cada vínculo dos membros do Corpo Clínico, bem como na Norma Operacional interna que disciplina as condutas a serem tomadas em caso de infração disciplinar e no Regimento da Comissão de Investigação Preliminar e de Processo Administrativo Sancionador do HECAD.

Art. 44. Havendo indícios de infração de caráter ético o fato será comunicado à Comissão de Ética Médica que, após realização de sindicância, encaminhará relatório circunstanciado ao CRM-GO para avaliação.

Art. 45. Em qualquer situação fica garantido ao membro do Corpo Clínico sujeito à investigação, o amplo direito de defesa e do contraditório

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. O funcionamento da Direção Clínica/Divisão Médica, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regimento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral do HECAD, bem como as regras estabelecidas pelo CFM e CRM-GO.

Art. 47. Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do conselho gestor com a chefia da Direção Clínica/Divisão Médica, ou em assembleia do Corpo Clínico.

Art. 48. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação;

3.3. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES – IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS



3.3.1. PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais.

Um protocolo contém vários procedimentos. Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional. Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho. Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida. O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois: agilizam e uniformizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; diminuem a margem de erro; importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela; muito valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços; facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.); melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas; melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados; garante maior segurança; otimiza a utilização dos recursos operacionais; reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques; pode gerar um prontuário eletrônico; otimiza a produtividade dos trabalhadores; garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

O Modelo proposta de formulário para elaboração dos Protocolos Assistenciais para o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD, em suas diversas áreas está exemplificado a seguir:

		GESTÃO DA QUALIDADE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
TÍTULO: <u>Inserir o título do documento</u>				Código: <u>POP.XXXLXXX</u>	
SETOR: <u>Identificar a área que corresponde ao documento</u>				Revisão: <u>00</u>	
Data de elaboração: <u>xx/xx/xx</u>		Data de revisão: <u>xx/xx/xx</u>		Página: 1 de 2	

1. DEFINIÇÃO - Obrigatório

Indica definição básica do processo a ser detalhado.

2. OBJETIVO - Obrigatório

Indica de modo preciso a finalidade específica do procedimento.

3. DEFINIÇÕES/SIGLAS – Quando aplicar

Consiste em definir os termos ou siglas usadas no procedimento de modo a padronizar os conceitos.

4. CAMPO DE APLICAÇÃO - Obrigatório

Estabelece campo de aplicação com o assunto tratado. Ou seja, quais áreas estão envolvidas nesse processo.

5. PROCEDIMENTO - Obrigatório

Estabelece através de texto descritivo, as rotinas e responsabilidades de cada área envolvida. Descreve as ações necessárias para a execução padronizada do trabalho. As ações são apresentadas na sequência em que elas ocorrem.

6. ANEXOS – Quando aplicar



Consiste nos documentos ou impressos que auxiliam ou são utilizados na execução do procedimento. Podem ser formulários, impressos, quadros, gráficos, tabelas, fluxogramas etc.

7. REFERÊNCIAS – Quando aplicar

Relação de documentos/referência cuja consulta é obrigatória ou recomendada para a perfeita execução do procedimento.

8. APROVAÇÃO - Obrigatório

Este documento trata-se de um documento controlado, e proibida a circulação de cópias do mesmo sem a autorização do setor de qualidade.

 Instituto patris		GESTÃO DA QUALIDADE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO			
TÍTULO: <i>Inserir o título do documento</i>				Código: POP..XXX.XXX	
				Revisão: 00	
SETOR: <i>Identificar a área que corresponde ao documento</i>		Data de elaboração: <i>xx/xx/xx</i>	Data de revisão: <i>xx/xx/xx</i>	Página: 2 de 2	

Fluxo	Responsável	Assinatura
Elaborador	<i>Inserir nome e função</i>	
Revisor	<i>Inserir nome e função</i>	
Aprovador	<i>Inserir nome e função</i>	


Este documento trata-se de um documento controlado, e proibida a circulação de cópias do mesmo sem a autorização do setor de qualidade.

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

Os protocolos de enfermagem se constituem como ferramenta para normatização e ampliação da clínica do Enfermeiro nos diferentes pontos da rede de atenção. Integra múltiplos documentos e recomendações, baseados em evidências em uma ferramenta ampla e concisa.


Objetivos:

- Cumprir a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem protegendo a prática clínica do Enfermeiro;
- Otimizar o processo de trabalho do Enfermeiro;
- Promover atendimento integral ao paciente em que este profissional possui plena capacidade técnica para análise, investigação e tomada de decisão;
- Aproximar os Enfermeiros às diversas diretrizes internacionais da prática de Enfermagem.
- Validar práticas recorrentes nas Unidades de Saúde por necessidade na agilização de processos de trabalho.

 Instituto patris		GESTÃO DA QUALIDADE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	
TÍTULO: MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS		Código: MAN.01	
		Revisão: 00	
SETOR:	Data de elaboração:	Data de revisão:	Página: 1 de 3


MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

HECAD

 Instituto patris		GESTÃO DA QUALIDADE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	
TÍTULO: MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS		Código: MAN.01	
		Revisão: 00	
SETOR:	Data de elaboração:	Data de revisão:	Página: 2 de 3

Sumário

1. DEFINIÇÃO	3
2. OBJETIVO	3
3. CAMPO DE APLICAÇÃO	3
4. DEFINIÇÕES/SIGLAS – Quando aplicar	3
5. DIRETRIZES	3
6. ANEXOS – Quando aplicar	3
7. REFERÊNCIAS – Quando aplicar	3
8. APROVAÇÃO	3

 Instituto patris		GESTÃO DA QUALIDADE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS	
TÍTULO: MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS		Código: MAN.01	
		Revisão: 00	
SETOR:	Data de elaboração:	Data de revisão:	Página: 3 de 3

1. DEFINIÇÃO

Indica definição básica do processo a ser detalhado.

2. OBJETIVO

Descrever o objetivo do manual

3. CAMPO DE APLICAÇÃO

Descrever onde se aplica as instruções do manual

4. DEFINIÇÕES/SIGLAS – Quando aplicar

Consiste em definir os termos ou siglas usadas no procedimento de modo a padronizar os conceitos

5. DIRETRIZES

Inserir conteúdo do manual.

6. ANEXOS – Quando aplicar

Consiste nos documentos ou impressos que auxiliam ou são utilizados na execução do procedimento. Podem ser formulários, impressos, quadros, gráficos, tabelas, fluxogramas etc.

7. REFERÊNCIAS – Quando aplicar

Relação de documentos/referência cuja consulta é obrigatória ou recomendada para a perfeita execução do procedimento.

8. APROVAÇÃO

Fluxo	Responsável	Assinatura
Elaborador	Inserir nome e função	
Revisor	Inserir nome e função	
Aprovador	Inserir nome e função	

Administração de Inalação por Oxigenoterapia

Finalidades:

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas, a fim de facilitar sua expectoração;
- Administrar medicamentos absorvidos pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

Material Necessário:

- 01 bandeja;
- 01 Kit de inalação;
- Medicamento prescrito;
- 01 seringa 10ml;
- 01 agulha 40X12;
- 01 ampola de soro fisiológico 0,9%;
- Fluxômetro de O₂.

Pré - Execução:

- Conferir prescrição médica (medicamento, dose, horário, via de administração, paciente);
-

- Lavar as mãos;
- Preparar o material e colocar na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Confirmar o nome e o leito do paciente;
- Orientar paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Instalar o fluxômetro na fonte de O₂ e conectar a extensão do kit de inalação ao fluxômetro;
- Elevar decúbito do paciente entre 30 a 45° ;
- Aspirar o soro fisiológico da ampola com o auxílio da agulha, instilar no inalador através do orifício
de conexão da máscara, acrescentar o medicamento prescrito utilizando a mesma técnica;
- Regular o fluxômetro entre 5 a 7 l/min;
- Colocar a máscara próxima ao rosto do paciente, de forma a cobrir o nariz e boca;
- Após o término da solução, desligar o fluxômetro e proteger o inalador com saco plástico transparente;

- Deixar o paciente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material em local pré-determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação:

- Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos;
- Expectoração eficiente.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas;
- Efeitos colaterais dos medicamentos: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

Administração de Medicação Tópica

Finalidades:

- Administrar medicamentos de ação local ou sistêmica absorvíveis pela pele.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, gaze (se necessário), medicação prescrita e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a aplicação do medicamento prescrito;
- Deixar o paciente confortável;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Desprezar o material utilizado;
- Realizar as anotações necessárias;

-Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Presença de rubor e calor local.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e colateral: Retirar medicação do local medicado com soro fisiológico 0,9%, avisar o médico.

Administração de Medicação Via Endovenosa

Finalidades:

- Administrar solução de medicação direto na corrente sangüínea.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, medicação à ser administrada, 01 seringa, 01 agulha, 01 protetor de conexão 02 vias, 01 bandeja, 01 bureta com soro correspondente a diluição da medicação (se necessário).

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 "C";
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução à ser administrada;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
 - Checar o nome e o leito do paciente;
 - Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
 - Calçar as luvas;
 - Proceder a antissepsia do local da infusão (conexão 2 vias);
 - Adaptar a seringa a conexão;
 - Abrir o Clamp;
 - Testar a permeabilidade da via;
 - Injetar a medicação prescrita lentamente;
 - Fechar o Clamp e desconectar a seringa; após término.
 - Proteger a conexão;
-

- Em caso de uso da bureta, proceder a antissepsia do injetor e introduzir a medicação na bureta;

- Abrir a pinça da bureta e controlar o gotejamento conforme tempo de infusão estipulado para a solução;

- Em caso de cateter intermitente, após o término de medicação permeabilizar a via com SF 0,9% no volume indicado;

- Em caso de infusão contínua com bureta adicionar soro;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar se há infiltração tecidual;

- Avaliar se houve contaminação;

- Avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração Tecidual: Trocar via de acesso;
- Contaminação: Repetir o procedimento;
- Efeito Colateral: Avaliar a queixa do paciente comunicar ao enfermeiro / médico com urgência.
- Reações pirogênicas: seguir protocolo.

Administração de Medicação Via Intradêmica

Finalidades:

- Manter níveis séricos de medicação para rápida atuação no organismo, introduzindo-o abaixo da epiderme para a identificação de processos alérgicos.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 seringa de 1 ml, 01 agulha 13X4,5, medicação a ser administrada, álcool Swab e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar a medicação prescrita;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
-

- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Identificar a área de aplicação;
- Calçar luvas de procedimento;
- Fazer antissepsia do local, de cima para baixo;
- Introduzir a agulha 15 graus de angulação, com bisel para cima;
- Injetar a medicação, observando a formação de pápula;
- Retirar a agulha com um movimento único;
- Não esfregar o local;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;

- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Administração incorreta de medicamento: utilizar técnica para administração intradérmica;
- Abscesso, ulceração local, necrose do tecido: avaliar condições do local de aplicação, comunicar médico, administrar medicação prescrita.

Administração de Medicação Via Intramuscular**Finalidades:**

- Administrar solução em região muscular objetivando uma absorção rápida;
- Utilizada para administração de substâncias irritantes, inferiores a 05 ml;
- Absorção, via preferencial para a administração de drogas potentes e tóxicas.

Material Necessário:

- 01 par de luvas de procedimento, 01 seringa de 5 ml, 01 agulha de acordo com o paciente, 01 agulha 40X12, medicação a ser administrada, 01 álcool swab e 01 carrinho de medicação, 01 algodão seco.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Lavar as mãos;
- Preparar a medicação prescrita;
- Fazer a assepsia da ampola/frasco;
- Preparar o material.

Execução:

- Identificar-se;
 - Checar o nome e o leito do paciente;
 - Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
 - Colocar o paciente na posição adequada para aplicação;
 - Proceder a antissepsia da área escolhida;
 - Fazer a prega muscular aprisionando o músculo entre o polegar e o indicador, com a mão não dominante;
 - Introduzir a agulha, perpendicularmente ao músculo;
 - Soltar a prega muscular e aspirar o êmbolo da seringa;
 - Injetar a medicação lentamente;
 - Retirar a agulha pressionando a região com algodão;
-

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Checar a prescrição médica.

Avaliação:

- Avaliar sinais de reação alérgica e efeitos colaterais à medicação administrada;
- Avaliar local de aplicação.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação alérgica e efeitos colaterais a medicação prescrita: comunicar a enfermeira;
- Contaminação: desprezar o material e reiniciar o procedimento;
- Hiperdistrofia muscular por falta de rodízio de local de aplicação: comunicar a enfermeira;
- Hiperemia e edema local: comunicar a enfermeira para avaliação;

- Hematoma: comunicar a enfermeira para avaliação;

Administração de Soro

Finalidades:

- Nutrir e hidratar o paciente; restabelecer o volume líquido do organismo; elevar ou repor as reservas de eletrólitos, vitaminas, aminoácidos e calorias ao paciente que não pode manter a ingestão hídrica;

- Administrar medicamentos.

Material Necessário:

- 01 Suporte de soro; 01 bandeja; solução a ser administrada; 01 equipo de soro; 01 par de luvas de procedimentos; 01 álcool Swab; 01 rótulo; 01 conector, se necessário.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
 - Preparar material necessário;
 - Identificar e fixar o rótulo de soro com nome do paciente, número do leito, solução prescrita, número de gotas por minuto, horário do início e término e assinatura;
 - Lavar as mãos;
 - Adaptar o equipo ao frasco de soro;
 - Retirar o ar e fechar o circuito do equipo, respeitando a técnica asséptica;
-

- Confeccionar e fixar escala de soro;
- Colocar os materiais na bandeja.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao procedimento;
- Colocar o soro no suporte;
- Calçar a luva de procedimento;
- Realizar a antissepsia da conexão;
- Conectar o equipo ao cateter venoso ou conexão;
- Abrir o controlador de gotas do equipo;
- Controlar o gotejamento de acordo com a prescrição;
- Certificar-se de que não há infiltração de soro;
- Colocar tala para restrição, se necessário;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Checar o horário da instalação do soro na prescrição;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado

Avaliação:

- Checar permeabilidade do cateter durante a infusão;
- Controlar volume/horário;
- Mensurar dados vitais;
- Observar infiltração tecidual

Riscos / Tomada de Decisão:

- Infiltração tecidual: trocar acesso venoso;
- Reposição inadequada de volume e eletrólitos comunicar ao médico;
- Alteração vitais: mensurar dados vitais, comunicar ao médico;
- Flebite química: trocar acesso venoso.

Atuação em Cardioversão Elétrica

Finalidades:

- Reversão de arritmias cardíacas.

Material Necessário:

- Máscara ou cateter de O₂ , cardioversor/desfibrilador, pasta condutora, biombo, monitor cardíaco, medicamentos prescritos, carro de urgência.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material necessário;
- Checar e testar todo material necessário;
- Fechar as portas ou isolar a área com biombo;
- Observar a voltagem do aparelho em relação a rede local;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Puncionar veia calibrosa ou preparar material para dissecação de veia central, se houver indicação médica;

- Monitorar o paciente com o cabo de monitorização do próprio cardioversor;
- Garantir vias aéreas livres e boa oxigenação;
- Retirar as pás do suporte e colocar pasta condutora na parte metálica de uma das pás e, depois, friccionar uma pá contra a outra para espalhar a pasta de modo uniforme; entregar as pás para o médico;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Promover sedação do paciente, C.P.M.;
- Acionar a tecla liga do painel dianteiro, ligando o aparelho;
- Posicionar a chave ECG, do painel dianteiro, na posição cabo-pás;
- Acionar a tecla SINC do painel dianteiro, para aquisição do sinal de sincronismo;
- Programar a carga solicitada pelo médico;
- Manter as pás no tórax do paciente e verificar o ritmo cardíaco, se necessário repetir o procedimento sincronizando novamente o aparelho;
- Manter o paciente monitorado após a cardioversão por tempo indeterminado, até que a mesma esteja estável;
- Manter a unidade em ordem.

Pós - Execução:

- Encaminhar e desprezar o material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o processo realizado.

Avaliação:

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar nível de consciência;
- Avaliar padrão respiratório.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Em caso de queimadura - Proteger a área c/ gaze Rayon, e seguir prescrição médica;
- Em caso de fibrilação Ventricular - Manter cardioversor em padrão assíncrono e promover protocolo de desfibrilação ventricular;
- Em caso de rebaixamento do nível de consciência manter vias aéreas pérvias, oxigenação adequada,
- Monitorização.

Atuação em Parada Cardiorrespiratória

Finalidades:

- Restabelecer as funções básicas de vida.
-

Material Necessário:

- Luva de procedimento, material e equipamentos de emergência.

Pré - Execução:

- Constatar PCR (checar responsividade, ausência de pulso carotídeo e ausência de respiração);
- Acionar equipe interdisciplinar;
- Encaminhar material/equipamentos para o leito do paciente (no Departamento de Emergência encaminhar o paciente para a sala de emergência);
- Solicitar a saída de familiares do quarto.

Execução:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal, posicionando a tábua sob o tórax;
- Checar ritmo cardíaco através do desfibrilador, posicionando as pás sobre o tórax (nos setores de pediatria deverá ser instalado monitor cardíaco);
- Conectar o ambu a fonte de oxigênio;
- Hiperextender o pescoço;
- Observar a permeabilidade das vias aéreas superiores;

- Adaptar a máscara do ambu sobre a boca e o nariz do paciente, promovendo compressão suficiente para evitar escape de ar;

- Ventilar duas vezes;

- Observar frequência respiratória e cardíaca;

- Posicionar as mãos dois dedos acima do apêndice xifoide, sobre o esterno, e iniciar a massagem cardíaca. Tratando-se de pré-adolescentes. Massagear com uma mão, na mesma região descrita e com dois dedos os recém nascidos;

- Contar o número de compressões em voz alta, solicitando duas ventilações a cada 30 compressões;

- Após um minuto de manobras, avaliar efetivamente o procedimento;

- Continuar a manobra até reestabelecimento do paciente ou chegada da equipe;

- Providenciar acesso venoso calibroso;

- Administrar medicação, conforme solicitação médica;

- Solicitar a um terceiro colaborador, que prepare material para intubação.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;

- Fazer contato com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva para passar o plantão:

- Transportar o paciente com segurança para com o Departamento/Setor de Terapia Intensiva:

- Realizar as anotações necessárias;
- Checar prescrição médica;
- Proceder a orientação dos familiares;
- Caso necessário, contatar familiares e médico responsável;
- Acionar o serviço de limpeza;
- Repor materiais e medicamentos.

Avaliação:

- Avaliar eficácia do procedimento;
- Avaliar fratura/escoriações/queimaduras;
- Avaliar se há obstrução de orofaringe.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queimaduras: Proteger a área lesada;
- Em caso de trauma em orofaringe, promover, retirar corpos estranhos promover compressão local, verificar avaliação da equipe de Endoscopia / Broncoscopia; em caso de fraturas de arcos costais, verificar lesão preliminar e proceder conforme orientação médica.

Coleta de Sangue Arterial

Finalidades:

- Colher material necessário para auxiliar no diagnóstico do paciente.

Material Necessário:

- 01 seringa de 01 ou 03ml, escalpe, heparina, 01 par de luva de procedimento, 01 álcool Swab, 01 agulha hipodérmica descartável e 01 oclisor de punção (fornecido pelo laboratório), 01 pacote de gaze.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação de exame;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos;
- Heparinizar a seringa e o escalpe;
- Identificar a seringa com a etiqueta do paciente.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Escolher o local da punção (Braquial ou Radial);
- Posicionar o paciente e restringí-lo, se necessário;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antissepsia da pele com movimentos em uma única direção (aguardar a pele secar);
- Introduzir a agulha no plano subcutâneo com o bisel para cima, em um ângulo de 45°;
- Certificar-se que puncionou a artéria;
- Aspirar a quantidade de sangue necessário;
- Retirar o escalpe, e fazer compressão local com algodão seco;
- Retirar o escalpe da seringa;
- Proteger a seringa com agulha encapada nova;
- Identificar a seringa com etiqueta do paciente;
- Verificar se o sangramento parou, e colocar o oclisor de punção;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Acondicionar a amostra em geladeira;
- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Acionar o laboratório para retirar a amostra;
- Proceder às anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;
- Avaliar técnica de punção.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Hematoma: Observar evolução, solicitar ao médico responsável prescrição de medicamento;
- Lesão na pele: Observar evolução da lesão, fazer curativo s/n;
- Contaminação: Observar evolução, acionar DCIH; - Lesão de nervo radial: Observar evolução da lesão, comunicar médico responsável.

Coleta de Sangue Venoso**Finalidades:**

- Determinar compatibilidade de grupos e fatores sanguíneos;

- Auxiliar o diagnóstico.

Material Necessário:

- 01 Seringa, 01 escalpe, 01 garrote, recipientes próprios para a coleta, 01 par de luvas, 01 álcool Swab, 01 oclisor de punção (cedido pelo laboratório), gaze seca; 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica e solicitação;
- Identificar o recipiente com etiqueta do paciente;
- Preparar o material necessário;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Orientar o paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro;
- Fazer antissepsia da área a ser puncionada em um único sentido;
- Puncionar a veia de melhor acesso;

- Coletar o sangue;
- Comprimir o local com gaze seca;
- Injetar o sangue coletado no frasco de recipiente próprio;
- Fazer curativo no local da punção;
- Homogeneizar delicadamente o sangue no meio de cultura;
- Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente limpo e em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Checar prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Solicitar ao laboratório que encaminhe a amostra.

Avaliação:

- Coleta de material de maneira correta.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Contaminação do material: orientar quanto a técnica de coleta, repetir o procedimento;
- Coleta de material insuficiente: repetir o procedimento;
- Hematomas pós punção: realizar compressa fria no local.

Controle de Glicemia com Aparelho

Finalidades:

- Quantificar a glicose sérica do paciente;

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 01 Lanceta, 01 álcool Swab, 01 unidade de gaze não esterilizada, 01 lanceteador, 01 fita reagente para sangue, aparelho dosador de glicose e 01 bandeja pequena.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o leito e o nome do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar a lanceta ao lanceteador e armá-lo;
- Observar o rodízio no local da punção;
- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado (em criança utilizar o calcâneo);
- Ligar o aparelho dosador e inserir a fita reagente (certificar-se que o lote da fita correspondente a amostra do aparelho);
- Lancetear o local selecionado;
- Colocar uma gota de sangue no local determinado da fita reagente;
- Oferecer gaze ao paciente para a compressão da região perfurada (em criança fazer compressão da região perfurada);
- Proceder a leitura do aparelho;
- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias e comunicar o resultado;
- Guardar o aparelho dosador em local apropriado.

Avaliação:

- Coleta de material insuficiente: reiniciar o procedimento;
- Descalibragem ou defeito do aparelho: calibrar o aparelho e reiniciar o procedimento;
- Hematomas: comunicar a enfermeira que fará avaliação;
- Contaminação: comunicar a enfermeira.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Comparar o resultado com sinais e sintomas;
- Avaliar a calibragem e efetividade do aparelho;
- Integridade cutânea.

Controle de Temperatura

Finalidades:

- Detectar alterações na temperatura corpórea.

Material Necessário:

- Termômetro, 02 Álcool Swab e 01 Bandeja.

Pré - Execução:

- Observar rotina da unidade;
- Observar prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
 - Checar o nome e o leito do paciente;
 - Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
 - Proceder a limpeza da ponta de mercúrio do termômetro até a parte distal com álcool swab;
 - Zerar o termômetro;
 - Escolher o local para verificação de temperatura, dando preferência para região axilar;
 - Colocar o termômetro na axila do paciente, solicitar para que deixe o braço imóvel, esperar 3 minutos;
 - Proceder a leitura do termômetro;
 - Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
-

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Limpar o termômetro com álcool swab, da parte distal para a ponta de mercúrio;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados.

Avaliação:

- Avaliar resultados;
- Avaliar posicionamento adequado;
- Avaliar integridade cutânea;
- Avaliar tempo de mensuração.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Lesão de pele por quebra do termômetro: interromper o procedimento e realizar curativo; comunicar a enfermeira.
- Mensuração incorreta: reiniciar o procedimento;
- Quebra do equipamento: reiniciar o procedimento com novo equipamento.

Curativo de Ferida Limpa

Finalidades:

- Auxiliar na cicatrização, proteger contra o meio externo e prevenir infecções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, pacote de curativo, gazes, soro fisiológico 0,9%, 01 saco de lixo, 01 tesoura e 01 bandeja, (a quantidade dependerá da extensão da ferida).

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o saco de lixo em local próximo ao leito;
- Colocar a bandeja em local adequado, de forma a não cruzar com o material esterilizado;

- Calçar luvas;
- Utilizar técnica asséptica;
- Abrir o pacote de curativo, colocando as gazes no campo;
- Retirar o curativo anterior;
- Solicitar avaliação do enfermeiro;
- Desprezar o curativo sujo no saco de lixo;
- Retirar as luvas;
- Lavar ferida com SF 0,9%;
- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada, ou seja, do centro para as bordas;
- Secar a ferida;
- Proteger a ferida com gazes (se necessário);
- Fixar o curativo com micropore (se necessário);
- Deixar o paciente confortável e com campainha ao seu alcance;
- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Evolução da ferida;
- Quantidade e aspecto da secreção;
- Integridade cutânea.

Riscos/ Tomada de Decisão:

- Contaminação: rever técnica de curativo;
- Lesão da pele: utilizar proteção para a borda da ferida, prescrita pelo enfermeiro, observar evolução;
- Deiscência: avaliar e prescrever curativo, comunicar ao médico.

Transporte do Paciente da Cadeira de Rodas / Poltrona para Ambulatório ou sala de
Procedimentos

Finalidades:

- Transportar o paciente cuja mobilização está comprometida de maneira segura.

Material Necessário:

- 01Par de Luvas de procedimento.

Pré - Execução:

- Observar prescrição de enfermagem;
- Solicitar auxílio de outro colaborador;
- Preparar material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
 - Checar o nome do paciente;
 - Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
 - Colocar a cadeira de rodas/poltrona junto do paciente;
 - Travar a cadeira de rodas;
 - Calçar as luvas;
 - Colocar um braço sob a axila do paciente, e solicitar que o ajudante faça o mesmo;
 - Levantar o paciente e colocá-lo sentado;
 - Girar o corpo do paciente, deitando-o;
 - Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;
-

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Posicionamento correto mantendo medidas de segurança e confortabilidade.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Queda do paciente: solicitar ajuda, solicitar avaliação do médico plantonista, comunicar o médico do paciente.

Punção Venosa

Finalidades:

- Obter acesso venoso periférico para infusão de soluções.

Material Necessário:

- 01 Par de luvas de procedimento, 02 álcool Swab, micropore (20cm), 01 tesoura, 01 garrote, 01 cateter venoso periférico, -- 01 conexão de 2 vias e 01 bandeja.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;

- Preparar o material;

- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;

- Checar o nome do paciente;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;

- Observar rede venosa periférica, selecionando o melhor acesso;

- Escolher cateter venoso mais adequado e cortar o micropore;

- Calçar as luvas;

- Colocar o garrote;

- Proceder a antissepsia do local a ser puncionado em um único sentido;

- Segurar o membro a ser puncionado com a mão não dominante, mantendo tração da pele;

- Com a mão dominante, proceder a introdução do cateter venoso, com bisel da agulha para cima, numa angulação de 15 a 30 graus, de 1 a 2cm abaixo do ponto onde a agulha penetra a veia;

- Mantendo a pele tracionada, introduzir a agulha na veia lentamente;

- Após a introdução completa do cateter, retirar o garrote e conectar-se o que estiver prescrito;

- Fixar o cateter com micropore e datá-lo;

- Limpar o local da punção, se necessário;

- Deixar o paciente confortável e com a campainha ao seu alcance;

- Deixar o ambiente em ordem.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;

- Lavar as mãos;

- Realizar as anotações necessárias.

Avaliação:

- Avaliar integridade da pele;

- Avaliar o posicionamento adequado do cateter;

- Avaliar o calibre adequado de cateter;

- Avaliar permeabilidade da veia;

- Avaliar se há hiperemia, dor e edema;

- Avaliar a fixação adequada.

Risco / Tomada de Decisão:

- Garroteamento Excessivo: Soltar o garrote;
- Flebite: Observar evolução, anotar em prontuário, elevar membro;
- Transfixação do cateter: Fazer compressão no local;
- Extravasamento de líquido e hematoma: Fazer compressão local, elevar o membro, fazer compressa com bolsa de água quente.

Retirada de Pontos

Finalidades:

- Retirar pontos após o processo de cicatrização.

Material Necessário:

- Bandeja, pacote de curativo, gaze esterilizada, soro fisiológico 0,9%, saco de lixo, 01 par de luvas de procedimento e lâmina de bisturi descartável.

Pré - Execução:

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos.

Execução:

- Identificar-se;
- Checar prescrição médica e nome do paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Colocar o material a ser usado próximo do paciente;
- Aproximar o lixo, em posição que não cruze material sujo sobre o limpo;
- Colocar o paciente em posição confortável, expondo apenas o local da incisão;
- Calçar as luvas;
- Retirar o curativo, se estiver usando técnica de curativo simples (usar luvas);
- Verificar as condições de cicatrização, avaliando se os pontos podem ser retirados totalmente ou alternados;
- Colocar o pacote de curativo sobre o carrinho ou bandeja;
- Dispor as pinças num lado, em cima e na borda do campo esterilizado, com auxílio da pinça servente;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las no campo esterilizado distante das pinças;
- Fazer antissepsia da incisão e lavar com SF 0,9%;
- Preparar o bisturi;
- Pegar a pinça dente de rato, fixar e levantar o ponto na altura do nó cirúrgico;

- Cortar o fio logo abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele;
- Puxar o ponto retirando-o;
- Colocar o ponto retirado sobre a gaze próximo a incisão;
- Proceder da mesma maneira para os demais pontos;
- Desprezar a gaze;
- Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- Fazer o curativo de acordo com a técnica simples ou contaminado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local adequado;
- Lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica;
- Realizar as anotações necessárias;
- Preencher a nota de débito e anexar à ficha de atendimento.

Avaliação:

- Presença de secreção e deiscência.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Sangramento: Compressão local e avisar o médico;

- Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.

PROCOLOS DE SEGURANÇA E QUALIDADE DO PACIENTE

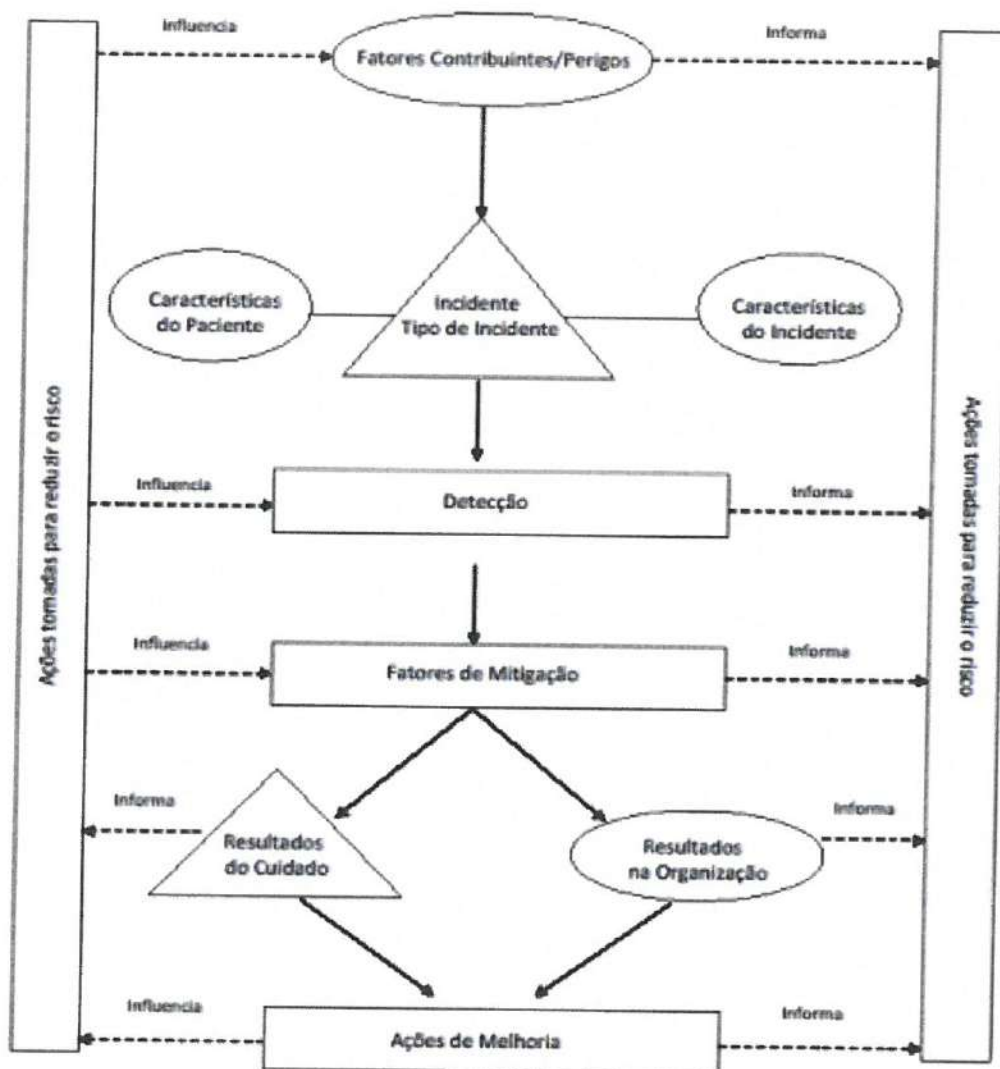
A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais.

Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso.

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente.

Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

Planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde São planos desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de Saúde. Na Figura 2, o esquema conceitual da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS ajuda a organizar as ações no plano.



- Resiliência do Sistema (Avaliação de Buscos Pró-Ativa & Reativa)
- Categorias clinicamente significativas e reconhecíveis para identificação e recuperação de incidentes
- Informação descritiva

As linhas a cheio representam as relações semânticas entre as classes. As linhas o tracejado representam o fluxo de informação

A Classificação Internacional de Segurança do Paciente da OMS pretende fornecer uma compreensão global do domínio da segurança do paciente. Tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, realçando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução do risco; a recuperação do incidente e a resiliência do sistema.

As ações foram diferenciadas da seguinte forma:

- Ações definidas a partir da detecção de um incidente.
- Ações (Fatores de Mitigação) que previnem ou moderam a progressão de um incidente, tomadas depois da ocorrência de um erro que tenha colocado em xeque os mecanismos de prevenção de incidentes existentes.
- Ações de melhoria para aprimorar ou compensar qualquer dano ao paciente depois de um incidente.
- Ações de redução de risco – para prevenir a ocorrência de um mesmo incidente ou de incidente similar e para melhorar a resiliência do sistema**.
- Ações que busquem compreender a realidade e o perfil assistencial do ponto de atenção, possibilitando observar os maiores riscos envolvidos no cuidado. Para a organização do plano é importante que se conheça os fatores contribuintes, que são circunstâncias, ações ou influências que desempenham um papel na origem ou no desenvolvimento de um incidente ou no aumento do risco de incidente.

Os fatores podem ser:

- I. Humanos – relacionados ao profissional.
-

II. Sistêmico – relacionados ao ambiente de trabalho.

III. Externos – relacionados a fatores fora da governabilidade do gestor.

IV. Relacionados ao paciente. Exemplo: não adesão ao tratamento. Conhecer e modificar o fator contribuinte de um incidente é uma ação de prevenção primária.

Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
Circunstância Notificável	Incidente com potencial dano ou lesão.
Near miss	Incidente que não atingiu o paciente.
Incidente sem lesão	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou danos.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.

PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1. Finalidade

A finalidade deste protocolo é garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. O processo de identificação do paciente deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina.

2. Justificativa

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

Entre 2003 e 2005, The United Kingdom National Patient Safety Agency apresentou 236 incidentes relacionados a pulseiras com informações incorretas. A má identificação do paciente foi citada em mais de 100 análises de causa raiz realizadas pelo The United States Department of Veterans Affairs (VA) National Center for Patient Safety entre 2000 e 2031 .

Anualmente, cerca de 850 pacientes nos Estados Unidos são transfundidos com sangue destinados a outros pacientes e aproximadamente 3% desses pacientes evoluem para óbito. Em cada 1.000 pacientes que recebem transfusões de sangue ou de

hemocomponentes, um indivíduo recebe a destinada a outra pessoa. Em dois terços dos casos, o motivo é a identificação errada da bolsa.

Muitas instituições fazem uso das pulseiras para identificar seus pacientes. Em pesquisa relacionada à aceitabilidade dos pacientes com relação a esta prática, foi demonstrado que a maior parte dos pacientes era favorável e que considerava importante a necessidade de utilização de algum método de identificação pelos hospitais, principalmente após explicação sobre as consequências de uma identificação incorreta.

Estudos sobre o processo de identificação de pacientes com a utilização de pulseiras demonstraram que existem altos níveis de consciência profissional da equipe e evidenciaram a importância da tomada de decisão de aplicação do dispositivo no momento mais precoce possível, especialmente em pacientes de emergência. Ressaltaram a importância da participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos. Consensos e relatórios de especialistas indicam reduções significativas na ocorrência de erros após a implementação de processos de identificação do paciente.

3. Abrangência

O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde (por exemplo, unidades de internação, ambulatório, salas de emergência, centro cirúrgico) em que sejam realizados procedimentos, quer terapêuticos, quer diagnósticos.

4. Intervenção

O protocolo de identificação do paciente inclui as seguintes intervenções:

4.1. Identificar os pacientes:

Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada num membro do paciente para que seja conferido antes do cuidado. As especificações da pulseira de identificação do paciente estão descritas no Apêndice deste Protocolo.

O serviço de saúde escolhe o membro em função do paciente. Em geral, o local escolhido para o adulto é o punho, mas, para recém-nascidos, a pulseira deve ser colocada preferencialmente no tornozelo. Nos casos em que não haverá possibilidade do uso em adultos em membros superiores, indicar o uso em membros inferiores.

4.2. Educar o paciente/ acompanhante/ familiar / cuidador:

Para envolver o paciente/ acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta, é necessário que sejam explicados os propósitos dos identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.

4.3. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

A confirmação da identificação do paciente será realizada antes do cuidado. Inclui a orientação da administração de medicamentos, do sangue e de hemoderivados, da coleta de material para exame, da entrega da dieta e da realização de procedimentos invasivos.

5. Procedimento operacional

5.1. Identificar o paciente

A identificação de todos os pacientes (internados, em regime de hospital dia ou no ambulatório) deve ser realizada em sua admissão no serviço através de uma pulseira. Essa informação deve permanecer durante todo o tempo que paciente estiver submetido ao cuidado.

O serviço de saúde deve prever o que fazer caso a pulseira caia ou fique ilegível.

CASOS ESPECIAIS:

O serviço de saúde deve definir como identificar pacientes que não possam utilizar a pulseira, tais como grandes queimados, mutilados e politraumatizados.

5.1.1. Definições Institucionais

A instituição deve definir um membro preferencial para a colocação de pulseiras como dispositivo de identificação. Deverá ser promovido um rodízio dos membros, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como: edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares, entre outros.

Utilizar no mínimo dois identificadores como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente número de prontuário do paciente. Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizados o número do prontuário e as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

O serviço deve definir o que deve acontecer se a pulseira de identificação estiver danificada, ou for removida ou se tornar ilegível.

Os registros dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou podem ser manuscritos. Independentemente do método adotado para produzir os identificadores, a informação deve: Ser fácil de ler, mesmo se a pulseira de identificação for exposta à água, sabão e detergentes, géis, sprays, produtos de limpeza a base de álcool, hemocomponentes e outros líquidos corporais, e qualquer outro líquido ou preparação; e não se desgastar durante a permanência do paciente na unidade. Para que essas exigências sejam atendidas, as etiquetas pré-impressas devem caber no espaço disponível na pulseira de identificação. Se as etiquetas forem muito grandes, elas podem envolver a pulseira e esconder a informação.

A impressão deve ser durável, impermeável, segura e inviolável. A inserção de dados manuscritos na pulseira de identificação deve garantir a durabilidade da informação, sendo necessário o uso de canetas especiais.

Os serviços de saúde devem desenvolver, implementar e revisar regularmente processos que facilitem a correta identificação dos pacientes na passagem de caso entre as equipes de saúde, na transferência e na alta do paciente.

5.1.2. Transferências de Pacientes

Quando for realizada transferência para outro serviço de saúde, um identificador adicional do paciente pode ser o endereço, para refinar a exatidão da identificação, devido a não transferência do número do prontuário entre os serviços de saúde.

O mesmo deve ocorrer quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde. Quando o paciente for morador de rua, de instituição de longa permanência, desabrigado, proveniente de catástrofes, de localidades na periferia e

interior, onde não há número de casa ou rua para ser referenciado, o serviço de saúde determinará o identificador adicional.

Quando a transferência for entre o serviço de ambulância e um serviço de saúde e nenhum dos identificadores do paciente estiver disponível, o máximo possível de detalhes deve ser registrado, como: o local de onde a pessoa foi resgatada e o horário, o número de registro do atendimento do serviço de ambulância, a descrição física da pessoa. Essas informações devem ser registradas em todos os documentos importantes e constar no prontuário.

IMPORTANTE: O número do quarto/enfermaria/leito do paciente não pode ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

5.2. Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado

5.2.1. A confirmação da identificação do paciente será realizada antes de qualquer cuidado que inclui:

- * A administração de medicamentos;
- * A administração do sangue;
- * A administração de hemoderivados
- * A coleta de material para exame
- * A entrega da dieta e;
- * A realização de procedimentos invasivos.

5.2.2. O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

5.2.3. A identificação do hemocomponente e dos hemoderivados deve seguir a legislação específica.

5.2.4. A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

5.2.5. Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2.6. Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

5.2.7. 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.

5.2.8. Peça ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento.

5.2.9. SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível.

5.2.10. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas

5.2.11. NUNCA pergunte ao paciente “você é o Sr. Silva?” porque o paciente pode não compreender e concordar por engano.

5.2.12. NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

PROTOCOLO GERENCIADO: META COMUNICAÇÃO EFETIVA

1. OBJETIVO

Estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de profissionais e/ou pacientes. Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação.

2. APLICAÇÃO

Este protocolo deverá ser aplicado nos pontos de assistência de todos os setores do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

3. DEFINIÇÕES

Fidedignas: Aquilo ou aquele que é de confiança, crédito, veracidade.

Imprescindível: Imprescindível é sinônimo de: indispensável, insubstituível, essencial.

Terminologia: Conjunto de termos específicos ou sistema de palavra.

Read Beack: leia de volta.

4. RESPONSABILIDADES

Enfermagem: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

Equipe multidisciplinar: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read beack).

5. DESCRIÇÃO

A comunicação efetiva é relevante em qualquer ambiente. Dessa forma, as instituições reduzem a ocorrência de erros, resultando na melhoria da Segurança do Paciente.

A comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado deve ser clara, para que não comprometa nenhuma etapa da assistência.

A comunicação é a troca de informações envolvendo emissor e receptor, que decodifica uma determinada mensagem. A comunicação efetiva é a Segunda Meta Internacional de Segurança do Paciente.

Falhas na comunicação podem causar sérios danos ao paciente.

Nesta instituição ocorrerá através:

- Comunicação verbal presencial;

- Quadros e/ou painéis de informação;
- Sistema informatizado interno;
- Prontuários e livros de registros;
- Telefones;
- E-mail;

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

Características essenciais para a comunicação efetiva entre os profissionais.

- Clareza
- Precisão
- Objetividade
- Informações completas
- Informações sem ambiguidade

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade.

A transmissão de informações nas Unidades deve ser realizada na forma:

A passagem de plantão presencial e padronizada a cada troca de turno para todas as categorias de profissionais.

Entre horário/plantão: Nome do cliente, diagnóstico médico, estado geral, nível de consciência, dispositivos em uso, exames realizados durante as últimas 24 h, intercorrências e mudanças no quadro de saúde, pendências para os próximos plantões, novas condutas adotadas, início de novas drogas e mudanças na infusão/ concentração, troca de local dos acessos venoso periférico, integridade da pele.

Visitas interdisciplinares com o envolvimento da equipe (Núcleos, Gerências, Coordenadores por áreas entre outros) e, quando possível, do paciente e/ou familiares.

Discussões interdisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave.

Rondas em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional, núcleo de segurança do paciente a gestão.

Sempre confirmar as informações recebidas, repetindo-as para o locutor, com a finalidade de conferir se elas foram compreendidas corretamente. Toda anotação deve ser escrita, de forma clara, objetiva, contendo as informações necessárias com relação aos procedimentos e atitudes tomadas e descrever (o que foi feito e o porquê da sua não realização.)

SEQUÊNCIA OPERACIONAL DA ROTINA

Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente.

Adotar relatórios escritos, passagem de plantão beira do leito ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos.

Utilizar quadros e/ou painéis nas unidades com informações sobre pacientes críticos. Respeitar os horários padronizados para as passagens de plantão.

Promover feedback e read beack em casos de dúvidas decorrentes da falta de clareza na comunicação.

PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1. Finalidade: Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

2. Justificativa: Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes.

Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conclama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

Estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que cada paciente internado em hospital norte-americano está sujeito a um erro de medicação por dia, sendo registrados anualmente, nessas instituições, no mínimo 400.000 eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos.

Esses eventos adversos podem verificar-se em todas as etapas da cadeia terapêutica e sua ocorrência aumenta consideravelmente os custos do sistema de saúde.

Estima-se que os erros de medicação em hospitais provoquem mais de 7.000 mortes por ano nos Estados Unidos da América, acarretando importantes custos tangíveis e intangíveis.

No Brasil ainda não estão disponíveis estatísticas de óbitos relacionados a erros de medicação. 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, como forma de dirigir ações para a prevenção. As falhas no processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente.

Considerando-se a prevenção de erros, deve-se destacar o grupo de medicamentos chamados de potencialmente perigosos ou de alta vigilância (highalert medications), que possuem maior potencial de provocar danos no paciente quando existe erro na sua utilização. Erros envolvendo esses medicamentos têm maior gravidade, sendo necessária a adoção de protocolos específicos para prevenção.

Em pesquisa que analisou eventos adversos relacionados a medicamentos que ocorreram em hospital norte-americano de 1994 a 2000, foi observado que mais da metade dos eventos preveníveis que provocam danos nos pacientes envolvia anticoagulantes, opiáceos e insulinas.

A incorporação de princípios para reduzir erros humanos minimizando os lapsos de memória, promovendo acesso a informações sobre os medicamentos e desenvolvendo padrões internos de treinamento reduz a probabilidade de falhas e aumenta a chance de interceptá-las antes de resultar em prejuízo ao paciente.

Nesse sentido, devem-se incluir estratégias como a padronização de processos, o uso de recursos de tecnologia da informação, educação permanente e, principalmente, o acompanhamento das práticas profissionais em todas as etapas do processo que envolve o medicamento.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos “medication errors” e “Brazil” encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares.

Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

3. Abrangência (âmbito, ponto de cuidado, local de aplicação).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

4. Práticas seguras para prescrição de medicamentos

As prescrições, quanto ao tipo, classificam-se como: Urgência/emergência: quando indica a necessidade do início imediato de tratamento.

Geralmente possui dose única;

Pro re nata ou caso necessário: quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;

Baseada em protocolos: quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;

Padrão: aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa; Padrão com data de fechamento: quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial;

Verbal: utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde. Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

5.1 Intervenções

5.1.1 Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

a) Identificação do paciente: A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

* Nome completo do paciente;

* endereço;

* data de nascimento.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital; nome completo do paciente; número do prontuário ou registro do atendimento; leito; serviço; enfermaria/apartamento; e andar/ala.

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis. A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente.

A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento.

Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura "NI" (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

b) Identificação do prescritor na prescrição:

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição:

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor. A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora

importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos. Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição. O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via.

Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição. É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

f) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão "ensaio clínico".

Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita.

Exemplos de nomes semelhantes: DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; VimBLASTina e VinCRISTina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

g) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose.

A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de "2,5 mL" seja interpretada como "25 mL".

Não utilize "ponto" em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita.

Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g". 5.1.2

Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos

a) Alergias: Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

b) Informações importantes

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa. É importante ressaltar que nas prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

c) Padronização de medicamentos: A equipe do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD criará uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo.

A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde. Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos. Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

Doses

O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível. Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

5.1.3 Duração do tratamento

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o(s) medicamento(s) possa(m) ser consumido(s) continuamente sem indicação.

Quando ambulatorial, a prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico. A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, não deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

5.1.4 Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como "usar como de costume", "usar como habitual", "a critério médico", "se necessário" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), "uso

contínuo" e "não parar" devem ser abolidas das prescrições. Quando for preciso utilizar a expressão "se necessário", deve-se obrigatoriamente definir: Dose; posologia; dose máxima diária deve estar claramente descrita; e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento. Exemplo: paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

5.1.5 Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

a) Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente. Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

b) Diluição

Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

c) Velocidade de infusão

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a “síndrome do homem vermelho”, que ocorre com a infusão rápida de vancomicina. É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

d) Via de administração

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

5.1.6 Modificação da prescrição atual ou vigente

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode: Acarretar erro na dispensação; e aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

5.1.7 Prescrições verbais

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento.

A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível. Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve

repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

5.1.8 Pontos de transição do paciente.

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário.

Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição e entre instituições de saúde distintas, as seguintes ações devem ser realizadas: Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado

(transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente. O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

Importante: Os pontos de transição dos pacientes no hospital, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.

Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

5.1.9 Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos,

insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverá ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

5.1.11 Outras informações importantes para a prescrição segura

O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica. Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração do medicamento. Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de

Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros. As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os

erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada.

PROCOLO HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Finalidade:

Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente e dos profissionais de saúde.

2. Abrangência

O protocolo em questão deverá ser aplicado em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde que prestam cuidados à saúde, seja qual for seu nível de complexidade, no ponto de assistência. Entende-se por Ponto de Assistência o local onde três elementos estão presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente). O conceito envolve a necessidade de realizar a higiene das mãos nos momentos indicados, exatamente onde o atendimento ocorre. Isto exige o acesso fácil a um produto de higiene das mãos (como por exemplo, a preparação alcoólica) que esteja tão próximo quanto possível – ao alcance das mãos no ponto de assistência ou tratamento do paciente.

Os produtos “point-of-care”, no local de atendimento, devem estar acessíveis sem haver a necessidade de o profissional sair do ambiente do paciente (WHO, 2009a). A disponibilização de preparação alcoólica para a higiene das mãos no ponto de assistência ocorre, geralmente, por meio de preparação alcoólica portada pelo profissional (frasco de bolso), dispensadores fixados na parede, frascos fixados na cama / na mesa de cabeceira do paciente ou nos carrinhos de curativos / medicamentos levados para o ponto de assistência (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a).

Definição “Higiene das mãos” é um termo geral que se refere a qualquer ação de limpeza das mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e conseqüentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS (WHO, 2009a).

De acordo com a Anvisa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2009), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (que não será abordada neste protocolo), definidas a seguir.

3.1. Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

3.2. Higiene antisséptica das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.

3.3. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

4. Intervenções

4.1. Momentos As mãos devem ser higienizadas nos momentos essenciais e necessários dentro do fluxo de cuidados assistenciais para prevenir IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos, seguindo os “Meus cinco momentos para a higiene das mãos” (WHO, 2009a), ou seja:

* ANTES DE TOCAR O PACIENTE

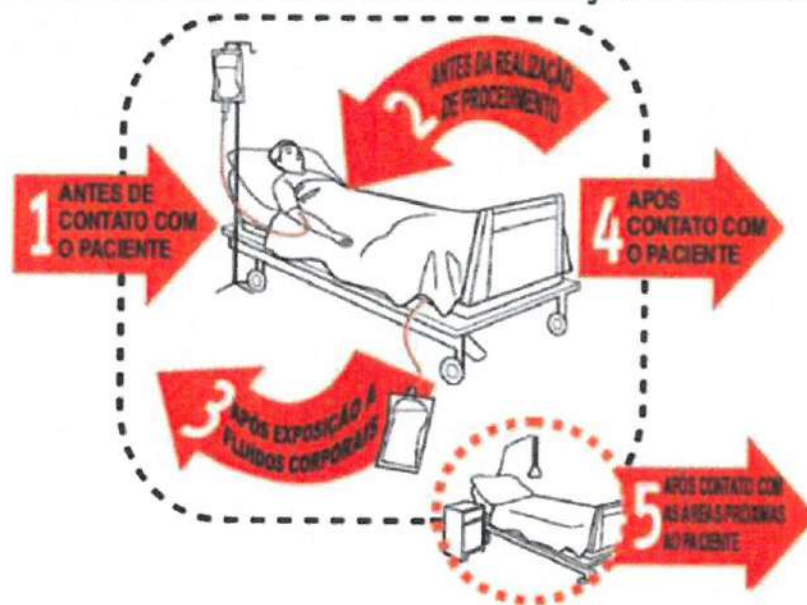
* ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTO LIMPO/ASSÉPTICO

* APÓS O RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS

* APÓS TOCAR O PACIENTE APÓS TOCAR SUPERFÍCIES PRÓXIMAS AO PACIENTE

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



4.2.1. Indicações para a higiene das mãos

As indicações para higiene das mãos envolvem (WHO, 2009a):

a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB) o após uso do banheiro (II);

b) Se a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*, é preferível realizar a higiene das mãos com sabonete líquido e água (IB);

c) Usar a preparação alcoólica como meio preferido para a higiene rotineira das mãos em todas as outras situações clínicas descritas nos itens D(a) a D(f) listados abaixo, se as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA). Em caso de impossibilidade de obter preparação alcoólica para a higiene das mãos, higienizar as mãos com sabonete líquido e água (IB).

d) Realizar a higiene das mãos: antes e após contato com o paciente (IB); antes de manusear um dispositivo invasivo para o atendimento ao paciente, independentemente do uso ou não de luvas (IB); após contato com fluidos corporais ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou curativos (IA); em caso de deslocamento de um local contaminado do corpo para outro local do corpo durante atendimento do mesmo paciente (IB); após contato com superfícies e objetos inanimados (inclusive equipamentos para a saúde) nas áreas próximas ao paciente (IB); após remoção de luvas esterilizadas (II) ou de procedimento (IB);

e) Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos, realizar a higiene das mãos usando preparação alcoólica para as mãos ou lavar as mãos com sabonete líquido comum ou associado a antisséptico e água (IB);

f) Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente (II).

5. Procedimentos Operacionais

5.1. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

5.1.1. Finalidade

Reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). Utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) pode substituir a higienização com água e sabonete quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (BRASIL, 2010).


5.1.2. Duração do procedimento:

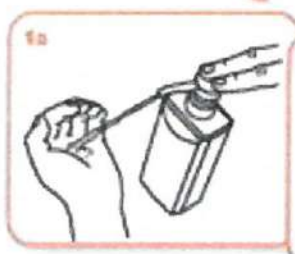
A fricção das mãos com antisséptico deve ter duração de 20 a 30 segundos.

5.1.3. Técnica Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (WHO, 2006):

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!

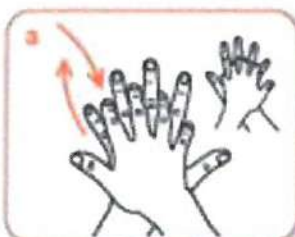
 Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



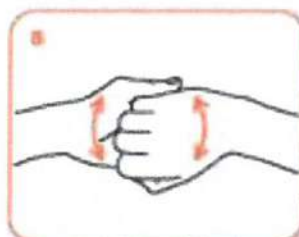
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



5 Friccione 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.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

5.2. Higienização simples

5.2.1. Finalidade

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujeira propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

HIGIENIZE AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO QUANDO ELAS ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS! CASO CONTRÁRIO, FRICCIÓNE AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA AS MÃOS.

Entende-se por mãos visivelmente sujas, as mãos que mostram sujeira visível ou que estejam visivelmente contaminadas por sangue, fluidos ou excreções corporais (WHO, 2009a).

5.2.2. Duração do procedimento


A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

5.2.3. Técnica

A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos (WHO, 2006):

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricione as mãos com preparações alcoólicas!

 Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



0 Molha as mãos com água.



1 Aplique na palma de mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



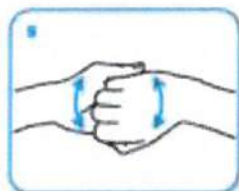
2 Esfregue as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



3 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Entrelace os dedos e fricção as espaços interdigitais.



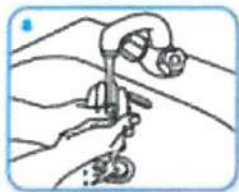
5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Esfregue o polegar esquerdo, com o lado da palma da mão direita, utilizando-se do movimento circular e vice-versa.



7 Fricção os polegares direitos e outros da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



8 Enxágue bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de lavá-las com sabão manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



11 Agora, suas mãos estão seguras.

5.3. Higienização antisséptica

5.3.1. Finalidade

Promover a remoção de sujidades e de micro-organismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

5.3.2. Duração do procedimento:

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos.

5.3.3. Técnica:

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante (BRASIL, 2007).

6. Estratégia multimodal

Uma melhoria da higienização das mãos bem sucedida e sustentada é alcançada por meio da implementação de um conjunto de ações para transpor diferentes obstáculos e barreiras comportamentais.

A Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos (WHO, 2009a; OPAS & ANVISA, 2008a; OPAS & ANVISA, 2008b) foi proposta para traduzir na prática as recomendações sobre a higiene das mãos e é acompanhada por uma ampla

gama de ferramentas práticas (kit de ferramentas de implementação) prontas para serem aplicadas nos serviços de saúde. Os componentes-chave da estratégia são descritos a seguir (WHO, 2009a):

6.1. Mudança de sistema: assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática correta de higiene das mãos pelos profissionais de saúde. Isto inclui dois elementos essenciais: acesso a um fornecimento contínuo e seguro de água, bem como de sabonete líquido e papel toalha; acesso imediato a preparações alcoólicas para a higiene das mãos no ponto de assistência.

6.2. Educação e treinamento: fornecer capacitação regular a todos os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos, com base na abordagem “Meus 5 Momentos para a Higiene das Mãos” e os procedimentos corretos de higiene das mãos.

6.3. Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como a percepção e conhecimento sobre o tema entre os profissionais da saúde, e retroalimentando estes resultados (feedback).

6.4. Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la.

6.5. Clima de segurança institucional: criar um ambiente que facilite a sensibilização dos profissionais quanto à segurança do paciente, e no qual a melhoria da higiene das mãos constitui prioridade máxima em todos os níveis, incluindo:

* a participação ativa em nível institucional e individual;

* a consciência da capacidade individual e institucional para mudar e melhorar (autoeficácia);

* parcerias com pacientes e organizações de pacientes.

PROPOSTA DE ELABORAÇÃO DO MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada.

São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema. Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer.

Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais.

Um protocolo contém vários procedimentos. Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional.

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que irão trazer um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois:

- Agilizam e uniformizam o atendimento;
- Facilitam condutas descentralizadas;
- Diminuem a margem de erro;
- São importantes nos processos de Gestão do atendimento aos usuários;
- São valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços;
- Facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.);
- Melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas;

- Melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dos resultados;
- Garante maior segurança;
- Otimiza a utilização dos recursos operacionais;
- Reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques;
- Otimiza a produtividade dos trabalhadores;
- Garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

A Proposta de Manual de Protocolo Assistenciais a serem implantados no HECAD, serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD Norma Zero.

Após a elaboração todos os documentos serão revisados pelo Coordenador do Núcleo de Qualidade e/ou responsável pelo Coordenador da Área, e aprovados pela Diretoria.

Como Criar/Padronizar Protocolo Assistencial

Forma para Elaboração de documentos

1.Objetivo: Definir critérios e requisitos para a elaboração, manutenção e padronização da apresentação de documentos tais como: políticas, planos,

procedimentos, normas e protocolos clínicos. Todos os documentos criados pela instituição serão disponibilizados na intranet.

2. Referência: não aplicável.

3. Aplicabilidade: Nos setores correspondentes à temática do Protocolo

4. Responsabilidades: Coordenadores, Gerentes e Diretores.

5. Materiais Necessários: analisar cada caso

6. DEFINIÇÕES:

Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD

SCIRAS — Setor de Controle de Infecções relacionada a Assistência à Saúde

6.1. Conceitos: Esta norma utiliza-se de diversos termos e nomenclaturas de documentos que tem sua definição abaixo, a fim de padronizar os conceitos:

Política - Conjunto de intenções e diretrizes definidas pela empresa, que indica "O QUE" e norteiam todas as atividades, atendendo à Visão e Missão da instituição.

Plano - Documento resultante de um processo de planejamento que precede e determina as estratégias e ações da instituição, relacionadas a um assunto em específico.

Norma - Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção do HECAD que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades e produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão — É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades inerentes a um processo. Nele especifica-se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do "COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. As etapas operacionais (7. Descrição dos Procedimentos) podem ser de forma descritiva ou gráfica (fluxograma).

Protocolo — Descrição de um plano ou conjunto de etapas específicas da assistência, que contém o que se faz, quem faz e como se faz, visando direcionar os profissionais assistenciais na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde; as diretrizes médicas se encaixam nessa categoria (Ex. Protocolos clínicos usados no tratamento de paciente Politraumatizados, Protocolo de cirurgia segura, etc).

6.2. Composição de Documentos: Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterà itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

Objetivo — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o assunto de que trata o documento.

Referência — item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais, etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos).

Aplicabilidade — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento.

Responsabilidade — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.

Materiais Necessários — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.

Definição — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.

Descrição do Procedimento — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo ou atividade a ser realizada.

Tarefas Crítica/Especiais — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.

Indicadores — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.

Documentos de Apoio — são todos os documentos utilizados ou referidos na descrição do documento podendo ser utilizados no seu formato original (opcional).

Importante: Os anexos devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

Controle de Revisões Efetuadas — tabela com data e motivo das revisões ocorridas. Políticas, planos e protocolos deverão seguir o mesmo padrão dos POPs e normas; Descrição de Procedimento. Descrição do Protocolo.

Ciclo de Aprovação Elaboração — É a fase inicial do documento, ou seja, o momento em que o documento foi criado. Nesse campo consta a data de elaboração e o nome do responsável pela criação desse documento.

Revisão: Após criação do documento, o supervisor/coordenador/gerente/diretor da área deve revisar e avaliar conteúdo. Nesse campo consta a data em que o documento foi revisado e o nome do responsável que revisou.

Revisão do SCIrAS — Após a revisão do documento, o SCIrAS revisa todo conteúdo e se está de acordo com suas normas.

Nesse campo consta a data em que o documento foi enviado/ revisado e o nome do responsável SCirAS que realizou a revisão.

Aprovação Núcleo de Qualidade - Após a revisão do SCirAS elou do superior da área, a Qualidade avalia o conteúdo e estrutura do documento, e se está de acordo com a norma zero. Nesse campo consta a data em que o documento foi validado pela Qualidade e o nome do responsável que analisou.

Aprovação Diretoria e Finalização - Após aprovação do NQ, o documento é encaminhado para Diretoria avaliar e efetuar a assinatura. Todos os documentos deverão ser assinados pela Diretoria Geral, seguido pela Diretoria Técnica tratando-se dos documentos assistenciais e Diretoria Administrativa tratando-se dos documentos gerenciais. Nessa fase não se é permitida a alteração do conteúdo.

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento utilizando o mesmo número de versão.

Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.

No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta eletrônica de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá: A cada 02 anos, ou conforme necessidade.

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

Hierarquia dos Documentos:

1. Políticas;
2. Protocolos e Planos;
3. POP e Fluxograma;
4. Registro da Qualidade.

7. Descrição do Procedimento

7.1 Fonte do corpo do documento:

O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.

7.2 Formatação da impressão dos documentos: Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, Fonte Arial 12, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm, rodapé 2 cm, espaço entre linhas 1,5 cm e espaço depois do parágrafo.

Os documentos estarão disponíveis via eletrônica, em pasta na intranet com acesso apenas para visualização, sem permissão de impressão.

Os setores que necessitarem de cópias dos documentos deverão solicitar os mesmos à qualidade para providência com cópia controlada.

7.3 Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, procedimentos, normas e protocolos do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, tem a logo da instituição no cabeçalho.

Título do documento

Documento: deve ser claro e conciso (o mais curto possível), centralizado e todo em letras MAIÚSCULAS, na fonte ARIAL 14.

Número de identificação do documento obedecendo à seguinte regra: Número da Versão;

Número de Revisão, caso já tenha ocorrido;

Data da Criação; Sigla do tipo de documento;

Sigla do Setor (no caso de a gerência ter mais de um setor);

Número do documento (por ordem de criação por setor e/ou gerência)

Exemplos: POP.ENF.UTI.OI POP.ADM.IO

Abaixo as siglas padronizadas utilizadas no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

NOR — Norma

PC - Protocolo Clínico

PLA - Plano

POP — Procedimento Operacional Padrão

POL - Política

PG — Procedimento Gerencial

Siglas setoriais:

ADM — Administração AMB

Ambulatório - AUD

Auditoria CC — Centro Cirúrgico

CME — Central de Material e Esterilização

COMP - Compras

DP - Departamento Pessoal

EMERG - Emergência

EDA — Endoscopia

ENF — Enfermagem

FARM - Farmácia

FAT — Faturamento

FISIO - Fisioterapia

GP — Gestão de Pessoas

HIG — Higiene

GTI — Informática

INT — Internação

LAB — Laboratório

LAV — Lavanderia

ENGE — Manutenção

SCIrAS — Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde

NIR — Núcleo Interno de Regulação

SGQ — Sistema Gestão da Qualidade

RECEP - Recepção

SAME — Serviço de Arquivo Médico

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica

UTI Unidade de Terapia Intensiva

AT Agência Transfusional

EMTN — Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

DEP — Diretoria de Ensino e Pesquisa

SS — Serviço Social

FONO — Fonoaudiologia

ODONT — Setor de Odontologia

SND - Serviço de Nutrição e Dietética

PSIC — Psicologia

LAVAN - Lavanderia

DDRH — Recursos Humanos

NSP — Núcleo de Segurança do Paciente

EP — Educação Permanente

ANEST — Serviço de anestesiologia

INST — Institucional

ACUPU - Acupuntura

OUVI - Ouvidoria

SESMT — Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

PICS — Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

C) Fases do documento: cada documento criado passa por um processo de aprovação, como:

- * Elaboração do documento
- * Revisão do documento
- * Revisão do documento pelo SClrAS, caso necessário.
- * Aprovação do documento
- * Finalização do documento

Após a finalização do documento e criação da lista mestra conforme modelo padrão, a mesma deverá ser encaminhada à diretoria para assinatura, validando assim os documentos relacionados e então encaminhar os documentos assinados à qualidade.

Apenas após a lista mestra ser assinada, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos para acesso na intranet.

Os documentos de terceiros poderão seguir a logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação enterro da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e a lista estar assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

8. TAREFAS CRÍTICAS/ESPECIAIS

Os Documentos de terceiros poderão seguir logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação interno da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor.

Apenas após receber os documentos e lista mestra assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade irá publicar os documentos na intranet.

9. INDICADORES

Não se aplica

10. DOCUMENTOS DE APOIO

Os Documentos a serem elaborados envolverão todo Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, nas áreas administrativas e assistenciais. Para o Instituto Patris todos os colaboradores do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente -

HECAD, bem como pacientes, acompanhantes e familiares serão beneficiados. O alinhamento das documentações voltadas à estruturação da assistência e melhoria dos processos de trabalho são pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

Protocolos Assistenciais - Medidas de Controle de Qualidade

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a aderir à melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.



Instituto
patris

®

PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME 24 HORAS/DIA, NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HECAD, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO N° 05/2022-SES/GO

VOLUME II

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário.

A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo – de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

3.3.2. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O setor de Almojarifado e Patrimônio do HECAD terá como finalidade precípua o recebimento e a conferência de todo o material e bens da unidade, bem como o armazenamento e distribuição interna, em quantidade necessária e qualidade adequada para o melhor atendimento e eficiência nas atividades do HECAD.

Esse Manual tem como finalidade a orientação da realização de atividades pelos colaboradores da unidade, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento das mesmas, garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e, principalmente, para os pacientes.

FUNÇÕES

O Setor de Almojarifado e Patrimônio do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, tem entre suas principais atribuições:

- O planejamento e o controle do estoque de materiais;
 - A patrimonialização e controle dos bens do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
 - Acompanhar e supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais e bens de pequeno valor adquiridos junto aos fornecedores;
 - Receber os materiais e bens adquiridos, certificando a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/ razão social do fornecedor, através da Autorização de Fornecimento/ empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar em conformidade as especificações técnicas descritas na AF/empenho;
 - Armazenar os materiais em estoque;
 - Registrar, patrimonializar e controlar os bens do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
 - Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos itens recebidos;
 - Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
 - Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
 - Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
 - Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados, bem como dos bens existentes no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
-

- Viabilizar o inventário anual dos materiais e bens da unidade;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos itens visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material, bem como dos bens existentes na unidade;
- Manter estoque mínimo de materiais médico-hospitalares;
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisições dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

ATIVIDADES DO ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

O almoxarifado, na confirmação de Klipel (2014), trata-se do setor responsável pela gestão física dos estoques, com exceção dos produtos em processo, e tem a função de guardar, preservar, receber e expedir materiais, de acordo com determinadas regras e métodos de armazenagem, para atender a produção e os materiais entregues pelos fornecedores.

Para Paoleschi:

Almoxarifado é o local destinado a fiel guarda e conservação de materiais, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar

espaços em que permanecerá cada item aguardando a necessidade de uso (PAOLESCHI, 2009, p. 18).

O almoxarifado guarda os materiais de consumo interno necessário ao cotidiano da organização.

Nele existem espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização e disposição interna condicionada a política de estoque da empresa.

O almoxarifado apresenta uma fundamental relevância em uma unidade de saúde como o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, uma vez que existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, e exigem certo grau de emergência e disponibilidade, mesmo que não exista movimentação frequência do material.

Devido a essas particularidades, surgem diversos desafios para gerenciamento do estoque que envolvem alocação dos produtos ou serviços certos no lugar certo, no momento certo, e nas condições desejadas, proporcionando melhores contribuições para a organização (SILVA, 2016).

Em razão disso, é necessário que haja sempre uma previsibilidade do consumo local.

Obviamente que essa previsibilidade visa gerar uma disponibilidade do item para quando for necessário, ocorre que gerar disponibilidade é sinônimo de gerar um custo, uma vez que muitas vezes essa disponibilidade ocorre, mas o consumo não é constante.

Especificidades como essa demonstram a dificuldade que por vezes surge para o bom gerenciamento do estoque em relação aos custos.

Em suma, materiais não podem ser comprados em excesso, nem de maneira escassa, sob o risco de que estas falhas no processo geram muitos problemas para a unidade. Desse modo o planejamento e previsibilidade corretos se mostram fundamentais, para se garantir eficiência no atendimento, custo coerente e sustentabilidade.

Resumidamente, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais, para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, dietas, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõe a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc).

Usando ferramentas e sistemas informatizados que permitiam um controle eficiente de estoque, o gestor, garantirá adequadamente e ininterruptamente que ocorra o suprimento de materiais para todos os setores do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Almoxarifado e Patrimônio é um departamento contido na estrutura de uma unidade de saúde, e tem como finalidade precípua fornecer meios para armazenagem correta de itens de consumo geral e bens.

Esse setor acaba por aglutinar duas funções, quais sejam: função operacional referente ao fornecimento de insumos para o funcionamento geral da unidade e função de apoio à atividade médica.

**MANUAL DE ROTINAS
ADMINISTRATIVAS PARA O
ALMOXARIFADO E
PATRIMÔNIO DO HECAD**

Este Manual de Procedimentos de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle - Almojarifado e Patrimônio tem por objetivo orientar, através da regulamentação e padronização das rotinas e procedimentos de recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e materiais permanentes do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, visando alcançar eficiência operacional e transparência dos serviços prestados e minimização de custos.

Em razão da complexidade dos assuntos tratados, o Manual está estruturado de acordo com itens elencados:

I – Apresenta as principais definições relacionadas à gestão de materiais e patrimônio.

II e III – Refere-se ao objetivo deste manual, à importância do Almojarifado, do Patrimônio e suas principais atribuições.

IV – Aborda os benefícios da localização estratégica do Almojarifado e da elaboração de uma estrutura para organização do espaço.

V – Trata das atividades do Almojarifado, que compreende os fluxos, as rotinas de recebimento e aceitação de materiais, os cuidados de armazenagem, bem como os requisitos a serem observados na distribuição, os procedimentos para os materiais permanentes e os procedimentos pertinentes aos balanços mensais.

VI - Compreende todo o processo de controle de estoque no sistema, observando os métodos adequados para um efetivo controle e padronização.

VII - Trata dos procedimentos do inventário físico de estoque anual.

VIII – Refere-se às responsabilidades pertinentes a guarda e uso, bem como aos danos causados aos materiais sob a guarda do almoxarifado e do setor de patrimônio.

IX, X e XI – Compreendem as considerações finais, o referencial bibliográfico e anexos.

DEFINIÇÕES

Para fins deste manual, considera-se:

Aceitação: operação segundo a qual se declara, na documentação fiscal, que o material recebido satisfaz as especificações contratadas.

Almoxarifado: consiste no lugar destinado a armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno de materiais de consumo e materiais permanentes utilizados pelo Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, antes de serem distribuídos aos setores.

Almoxarife: pessoa designada, responsável por receber, identificar e conferir materiais registrando as movimentações de entrada e saída de materiais ou produtos.

Armazenagem: parte logística responsável pela conservação e guarda temporários de produtos em geral, adquiridos com a finalidade de suprir as necessidades operacionais da unidade.

Conferência qualitativa: análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, por meio da confrontação das condições contratadas na autorização de fornecimento com as consignadas na nota fiscal pelo fornecedor.

Conferência quantitativa: É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

Distribuição: processo pelo qual se faz chegar o material em perfeitas condições ao usuário quando for necessário ou requisitado.

Guia de remessa/devolução: documento que acompanhará a distribuição dos materiais, como também poderá ser utilizado quando ocorrer transferências de material entre setores.

Inventário: processo de contagem física dos materiais existentes para posterior conciliação entre os saldos físicos do estoque e os registros contábeis

Materiais de Consumo: são aqueles que em razão de seu uso corrente e da definição da Lei 4.320/64, perde normalmente a sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 2 (dois) anos, tais como, gêneros de alimentação, materiais de limpeza; materiais de higiene; materiais gráficos; material para instalação elétrica e eletrônica; material para manutenção e reposição; material odontológico, hospitalar e ambulatorial; material químico; material para telecomunicações; entre outros materiais não duradouros.

Materiais de Consumo de uso imediato: material cuja demanda é imprescindível, para o qual não são definidos parâmetros para ressuprimento e que não deve ser mantido no Almoxarifado.

Materiais em desuso ou itens inativos: material estocado há mais de 5 (cinco) anos, sem qualquer movimentação e todo aquele que, em estoque ou em serviço, independente da sua natureza, não tenha mais utilidade para o órgão gestor.

Material Permanente: são aqueles que em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a 2 (dois) anos.

Número do lote: designação impressa no rótulo e na embalagem que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.

Patrimoniamento de bens: ato de reconhecimento de um bem, que o transforma em patrimônio oficial, realizado através de plaquetas (placas) de sinalização contendo número de série.

Recebimento: ato pelo qual o material encomendado é entregue a unidade no local previamente designado e esteja em conformidade com as especificações constantes no empenho e nota fiscal.

Requisição: fase da etapa da gestão de materiais em que o setor requisitante formaliza o pedido de material ao Almoxarifado.

Termo de Responsabilidade: documento de controle necessário para efetivar a transferência de responsabilidade pela guarda de um bem de um setor para outro.

Tombamento: é o processo de inclusão (entrada) de um bem permanente no sistema de controle patrimonial na unidade gestora.

1. OBJETIVO

Normatizar as rotinas e procedimentos de controle a serem realizados nos setores de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD,

orientando os colaboradores quanto ao fluxo desde o recebimento, armazenagem, distribuição e controle de estoque, guarda e conservação de materiais de consumo e de bens patrimoniais, até sua destinação final, junto aos setores da unidade.

2. O ALMOXARIFADO

Um dos pontos mais importantes em um almoxarifado é seu espaço que deve ser planejado e estabelecido para obter o máximo de proveito de sua área total, pois é ele que determina, na verdade, toda a estratégia de compra, de estocagem e de distribuição.

O almoxarifado deverá ser em local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado que garanta a conservação dos materiais, bem como, deverá ser organizado de tal forma que haja maximização do espaço, a garantia de segurança para os materiais estocados e a fácil circulação interna.

Os materiais serão controlados por servidores responsáveis por sua guarda e administração, através de fichas de sistema informatizado.

A coordenação e administração das atividades e responsabilidade pela execução das rotinas e dos procedimentos competem à Gerência Administrativa, vinculada à Diretoria Administrativa.

A aquisição dos produtos obedecerá ao orçamento vigente conforme orientações da Diretoria Administrativa.

É de responsabilidade do Almoxarifado submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade quando for o caso para que não se torne um local de guarda de produtos sem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

3. ESTRUTURA

3.1. Estrutura do Almojarifado

A elaboração da estrutura organizacional de um almojarifado visa o aproveitamento de espaço da melhor forma e racionalizando seu espaço horizontal e principalmente vertical, tendo por consequência uma melhor armazenagem dos materiais.

A organização do espaço, entre outras diretrizes, deve prever:

- Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, etc.;
- Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras, estrados, etc.;
- Altura máxima das pilhas e estantes;
- Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- As variações de temperatura e ambiente;
- A iluminação artificial e natural da área;
- A efetivação dos processos de prevenção a incêndio;
- Sinalização e outras medidas de segurança do pessoal e patrimonial.

4. ATIVIDADES DO ALMOJARIFADO

O almoxarifado possui atividades básicas de recebimento, armazenagem, controle e distribuição.

4.2 Rotina para Recebimento de Materiais

4.2.1 Agendamento de Entrega pelo Fornecedor

Para um ideal recebimento, será necessário um agendamento de entrega por parte do fornecedor. O controle do agendamento deverá ocorrer através de sistema informatizado.

4.2.2 Benefícios do Agendamento:

- a) Nos casos de entrega de produtos fora do setor do Almoxarifado um colaborador possa programar o acompanhamento no recebimento;
- b) Uma programação dos colaboradores do Almoxarifado, tanto para organização das mercadorias evitando acúmulo aguardando armazenamento;
- c) O recebimento não irá interferir na separação das mercadorias para distribuição, não gerando atrasos na programação.

4.2.3 Processo de Recebimento

4.2.3.1 O recebimento abrange desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, compras e transporte. Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

São considerados documentos hábeis para recebimento:

- Nota fiscal ou fatura acrescida da ordem de compra e nota de empenho ou ordem de fornecimento, se for o caso;

- Termo de cessão;

- Termo de doação;

- Declaração de permuta;

- Guia de remessa de material.

No momento do recebimento o colaborador do Almoxarifado deverá:

- Observar, mediante nota de empenho e ordem de compra, se a nota fiscal foi emitida dentro do prazo estipulado no contrato.

- Conferir os itens faturados, os valores unitários e valor total com as informações constantes na nota de empenho.

- Receber o material apenas se o valor da nota fiscal for igual ou menor do que o valor total da nota de empenho.

- Atentar-se com relação ao tipo de empenho ou ordem de fornecimento: Ordinário (quando a entrega é realizada em sua totalidade) ou global (quando a entrega é realizada parcialmente).

- No caso de produtos com data de validade conferir as datas e não receber produtos cuja data esteja próxima do seu vencimento.

Para os medicamentos serão necessários:

Verificação do nome Genérico e Comercial;

Forma farmacêutica, concentração;

Número do lote;

Prazo de validade: estar dentro de 80% do período de validade;

Registro no Ministério da Saúde;

Qualidade da rotulagem;

Presença de umidade;

Condições de fechamento da embalagem;

Condições das caixas;

Temperatura.

Para os alimentos serão necessários:

- Verificar as condições de embalagens dos produtos, sendo que elas não devem estar danificadas, amassadas, rasgadas ou furadas;
 - Conferir as datas de validade, atentando para a proximidade do vencimento;
 - Observar as características sensoriais dos alimentos: odor, cor, textura, temperatura e aspecto geral;
 - Nos casos de produtos perecíveis, verificar as condições de temperatura dos alimentos, que deverá estar contida na embalagem.
-

Caso seja identificada alguma irregularidade no momento do recebimento, deverá ser preenchido a Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria.

Estas conferências são de suma importância, haja visto que qualquer divergência verificada posteriormente poderá dificultar a liquidação e o pagamento ao fornecedor.

No caso de Entrega feita por Transportadora, o responsável pelo recebimento deverá acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo de frete.

Lembrando sempre que o frete NÃO É A PAGAR.

Os materiais que apenas dependem de conferência com os termos do pedido e do documento de entrega, serão recebidos e aceitos pelo colaborador designado para esse fim, como também sendo registrado no sistema de informática com situação de "Recebimento Definitivo".

Este processo será denominado como recebimento definitivo.

- Recebimento provisório será caracterizado no caso do material depender de aceitação, ou seja, de exames qualitativos. No momento da entrega do material, o responsável pelo recebimento deverá carimbar canhoto na

Nota Fiscal: Recebido... Volume sujeito a conferência, como também deverá dar entrada no sistema de informática, na situação "Sujeito a Conferência".

- No retorno da aceitação deverá alterar a situação para "Recebimento Definitivo";
 - Finalizar o recebimento assinando e carimbando a Nota Fiscal, com os dados do Almojarife.
-

Realizado o recebimento e inclusão dos itens no sistema emitir relatório de recebimento dos materiais, anexar a nota fiscal devidamente atestada e encaminhar para a liquidação.

5.1.1.1. Rotina para Aceitação de Materiais

A aceitação é condição essencial para o recebimento definitivo dos materiais que se dará após a verificação da descrição, qualidade e quantidade do produto que por sua vez, deverá estar em conformidade com a autorização de compra ou contrato.

O encarregado do almoxarifado indicará esta condição no documento de entrega do fornecedor quando se tratar de bem permanente e solicitará ao Setor de Patrimônio esse exame para a respectiva aceitação.

Nos casos de exame qualitativo, após a conferência técnica, deverá ser preenchido o formulário denominado "Conferência Técnica", assinado pelo técnico especializado e devolvido ao almoxarifado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de solicitação.

Após a devida conferência do material, o almoxarifado deverá encaminhar a nota fiscal:

a) No caso de material de consumo: Encaminhar para o setor de financeiro para a devida liquidação.

b) No caso de material permanente: Encaminhar 1 (uma) via para a unidade de patrimônio e posteriormente para o setor financeiro.

Quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado do Almoxarifado notificará o setor de compras que providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega para efeito de aceitação.

5.1.2.2 Materiais de Consumo Imediato

Alguns materiais apresentam consumo imediato, ou seja, não ficam armazenados no Almoxarifado, tais como: pão, água, etc.

Para estes materiais, a etapa de recebimento é diferenciada, o produto é entregue diretamente no local de consumo, onde deverá ser dado o aceite da mercadoria no momento da entrega, devendo constar nome, CPF, data e horário do recebimento.

Ao receber a nota fiscal o departamento de compras deverá colocar o carimbo de "MATERIAL DE CONSUMO IMEDIATO" na frente da nota e o recebimento atestando o aceite e conferência das mercadorias.

Após este processo, a mesma deverá ser encaminhada para o Almoxarifado para devido registro. Como o material já foi consumido, no momento da entrada, o Almoxarifado já registrará a saída do material, ficando o item com o saldo zero no estoque e o seu consumo registrado.

Após este processo a nota fiscal segue os mesmos trâmites de recebimento dos demais materiais.

5.1.3 Patrimonialização do Bem

Quando um material permanente for recebido definitivamente, o Almojarifado deverá encaminhar uma via da nota fiscal à unidade de patrimônio no prazo máximo de 1 dia (útil) para o devido tombamento.

5.1.3.1. Tombamento

Os bens móveis patrimoniais que tenham ingressado no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD terão obrigatoriamente o número de registro (tombamento) antes de serem utilizados/distribuídos.

Os números de registro patrimonial terão ordem crescente rigorosa precedidos do nome do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD (Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD N° XXXXXX).

Quando não for possível a utilização de plaquetas próprias para a fixação do número de registro patrimonial (tombamento), deverá recorrer a outros processos (pincel permanente, carimbo ou outro meio idôneo), desde que os números sejam gravados de forma indelével.

Caso não seja possível a fixação da plaqueta, a mesma deverá ser anexada junto ao relatório na pasta de "Responsáveis pela Guarda de Bens Patrimoniais" da unidade.

Todos os materiais permanentes adquiridos deverão ser tombados ainda no almoxarifado sob a responsabilidade dos responsáveis pelo setor de patrimônio antes de serem deslocados para o destino final, em cumprimento a Lei nº 4.320/64.

No caso de recebimento de material permanente por "doação", o "termo de doação" substituirá a nota fiscal e o mesmo deverá ser arquivado no patrimônio.

Armazenagem

A armazenagem compreende a guarda, localização, segurança e preservação do material adquirido, a fim de suprir adequadamente as necessidades operacionais do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

No armazenamento deve-se ter os seguintes cuidados:

- ✓ Possibilitar fácil inspeção e rápido inventário;
 - ✓ Estocar próximos às áreas de expedição, materiais com maior rotatividade;
 - ✓ Jamais estocar em contato direto com o piso, utilizando corretamente os acessórios de estocagem para protegê-los;
 - ✓ Deixar livre acesso às áreas de emergência, aos extintores de incêndio;
 - ✓ Concentrar os materiais da mesma classe, sempre que possível, em locais adjacentes, a fim de facilitar a movimentação e inventário;
 - ✓ Estocar nas partes inferiores das estantes materiais mais pesados e/ou volumosos, eliminando os riscos de acidentes;
 - ✓ Conservar materiais nas embalagens originais, somente sendo abertas, quando do fornecimento parcelado;
 - ✓ Manter a face da embalagem ou etiqueta, que contém a marcação do item, voltada para o lado de acesso ao local de armazenagem permitindo fácil e rápida leitura de identificação e das demais informações registradas;
-

✓ Quando houver necessidade de empilhar deve-se atentar para altura máxima de empilhamento, de modo a garantir a segurança e não afetar sua qualidade pelo efeito de pressão decorrente e o arejamento do ambiente;

✓ No caso dos medicamentos, estocá-los (no pequeno intervalo até que sejam destinados à farmácia) de forma que permita a circulação interna de ar entre eles. Caso possua número de lote armazenar pela ordem crescente dos números de lotes, sempre respeitando se o posicionamento das caixas está correto conforme as setas das embalagens e obedecendo as recomendações quanto a fragilidade de empilhamento máximo.

5.2.1. Armazenamento de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde)

Os medicamentos sujeitos a controle especial, por exigência da portaria nº 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, devem ser adquiridos, armazenados e dispensados segundo critério definidos na portaria.

Dispõe a Portaria nº 344/98, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde:

– Deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico, quando se tratar de indústria farmacológica”.

Deste modo é necessário que haja armário reservado para o armazenamento destes medicamentos, devendo atender às exigências sobre a ventilação, temperatura, condições de luminosidade e umidade que também são necessárias para a área de armazenamento geral.

As entradas e saídas de medicamentos devem ser registradas em livro próprio e sistema informatizado de acordo com a legislação específica (Portaria 344/98 – Ministério da Saúde) sob controle e responsabilidade do farmacêutico.

5.2.2. Armazenamento de Produtos Alimentícios e Perecíveis.

Os produtos alimentícios requerem alguns cuidados especiais com relação ao seu armazenamento. Os locais de estocagem devem ser secos, frescos, arejados, iluminados, limpos e desinfetados regularmente. Os produtos devem ter as embalagens sempre fechadas, evitando a presença de insetos.

Os materiais de limpeza e outros produtos químicos devem ser guardados em local separado dos alimentos.

O armazenamento deve ser compatível com o tipo de alimento, haja visto que os produtos alimentícios se dividem em: perecíveis, semi-perecíveis e não perecíveis.

Perecíveis:

São os produtos que estragam com maior facilidade e precisam ser armazenados em freezer ou geladeira. Exemplos: carnes, verduras, legumes, laticínios.

Ao serem recebidos, deverão ser imediatamente colocados em freezer, devidamente embalados, e, uma vez descongelados, não devem ser novamente congelados, por perderem as suas qualidades nutricionais.

Semi-perecíveis:

Estes produtos não estragam com tanta facilidade, não precisando de refrigeração, mas precisam ser consumidos em pouco tempo. Exemplos: ovos, alguns tipos de frutas e legumes.

Não perecíveis:

Estes produtos têm maior durabilidade e só precisam ser armazenados em lugares secos e ventilados, protegidos contra o calor excessivo e a umidade.

Os produtos devem ser examinados frequentemente, identificando e controlando sua utilização através da data de validade, através de etiquetas. Os alimentos com data de validade/vencimento mais próximo devem ser colocados à frente, para serem utilizados primeiro, evitando-se assim a perda da validade.

Organizar, zelar e realizar o controle de estoque de gêneros alimentícios, separando os alimentos por grupos e utilizando o método “primeiro que entra, primeiro que sai”, salvo em casos de alimentos com a data de validade mais próxima e/ou com risco de perda do produto, não permitindo portando a perda e/ou deterioração de alimentos em suas unidades.

5.2.3. Segurança e Preservação dos Materiais

O material estocado deve ser cercado de todos os cuidados com vistas a conservação, a fim de evitar danificações, para permitir boas condições de uso, inclusive com adoção de medidas preventivas periódicas, tais como:

- ✓ Resguardar contra o furto ou roubo,

✓ Extintores de incêndio: colocados em lugares estratégicos, devidamente sinalizados e de uso conhecido dos servidores, bem como o seu controle de validade;

✓ Corredores e portas de acesso não poderão estar obstruídos;

✓ As instalações elétricas devem ser mantidas em bom estado;

✓ Colocar placas que indique a proibição de fumar no interior do almoxarifado;

✓ Controle Integrado de Pragas: Consiste em um conjunto de ações que visam o aumento na qualidade de controle de pragas, sem risco de contaminação. Deverá ser realizado por empresa especializada, a qual emitirá um Certificado de Garantia contendo:

- Dados da empresa;
- Nome da unidade;
- Tipo de serviço executado;
- Validade do serviço;
- Assinatura do técnico responsável, com seu respectivo número de registro.

O acesso as dependências do almoxarifado devem ser restritas aos colaboradores lotados no setor e, nos casos especiais, pessoas devidamente autorizadas pelo responsável do almoxarifado acompanhadas pelo mesmo.

5.2.3.1. Particularidades do Almoxarifado Farmacêutico:

Além do que já foi citado, o almoxarifado de medicamentos possui algumas particularidades relacionadas a segurança e preservação para que não afetem a estabilidade dos medicamentos, tais como:

Temperatura – é uma condição ambiental diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações nos medicamentos. Elevadas temperaturas são contraindicadas para os medicamentos porque podem acelerar a indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos medicamentos e alterando sua eficácia.

Umidade – Dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a alta umidade pode afetar a estabilidade do mesmo, favorecendo o desenvolvimento de fungos e bactérias, podendo desencadear reações químicas. Para o controle de temperatura e umidade é necessário a utilização de termômetro e termo higrômetro nas áreas de estocagem, com registros, para correção de eventuais anormalidades.

Luminosidade – A incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas, alterando a estabilidade dos mesmos. O local onde os medicamentos são armazenados deve possuir, de preferência, iluminação natural adequada. No caso de iluminação artificial recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria).

Ventilação – A circulação interna de ar deve ser mantida para conservação dos produtos.

Manuseio – O manuseio inadequado dos medicamentos pode afetar a sua integridade e estabilidade. Toda a equipe, incluindo motoristas, deve ser sensibilizada e treinada quanto ao manuseio e transporte adequado dos medicamentos.

5.2.3.2. Particularidades do Almoarifado de Produtos Alimentares e Perecíveis:

O almoarifado de alimentos possui algumas particularidades relacionadas à segurança e preservação dos alimentos.

Luminosidade: Os alimentos devem ser acondicionados protegidos do sol e da luz direta, devendo as janelas serem teladas para propiciar ventilação adequada.

Manuseio: Para uma melhor conservação dos produtos, após serem retirados das caixas e fardos, deverão ser guardados e agrupados por tipo e gênero nas prateleiras de modo a facilitar o controle do estoque;

Os alimentos armazenados em geladeira e freezer deverão ser acondicionados em recipientes plásticos com tampa e/ou saco plástico atóxicos, identificados com nome do produto, data de produção e/ou validade.

Ao perceber qualquer alteração nas características sensoriais do produto, devido a infestação por insetos que venham provocar deterioração ou perda da qualidade dos gêneros alimentícios, deve-se providenciar a retirada imediata dos alimentos do almoarifado e contratar uma empresa especializada para efetuar a dedetização do local.

5.3 Metodologia de Controle

O critério para a saída das mercadorias físicas deverá obedecer ao mesmo critério utilizado para a baixa no estoque no sistema, ou seja, o método PEPS (Primeiro que entra, Primeiro que sai) evitando assim perda de produtos, como exemplo por motivo de validade.

O método PEPS obedece a uma ordem cronológica à medida que as mercadorias entram e saem do estoque. Assim, no momento do atendimento das requisições, dá-se baixa nas primeiras unidades que entraram, ou seja, as mercadorias que chegaram primeiro são as primeiras a serem despachadas.

Neste método de gestão de estoque, usam-se os custos dos lotes mais antigos quando as mercadorias deixam o estoque, partindo para o segundo lote mais antigo e, assim, sucessivamente. A circulação dos produtos ocorre de forma ordenada e contínua, refletindo com precisão o seu custo real.

No entanto, no controle de estoque de gêneros alimentícios e farmacêuticos, deverá observar as datas de validade mais próxima e/ou risco de perda do produto não permitindo a perda.

5.4 Distribuição

Todos os setores do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD serão supridos pelo seu Almoxarifado.

O processo de distribuição ocorrerá por intermédio de requisição, que será o documento que permitirá a baixa do material em estoque devendo conter, no mínimo:

- ✓ Descrição padronizada do material;
 - ✓ Assinatura da pessoa que autorizou;
 - ✓ Quantidade dentro da necessidade do requisitante e dos padrões previamente estabelecidos pelo almoxarifado.
-

As quantidades de materiais solicitadas deverão corresponder ao consumo médio. Caso o pedido seja superior ao consumo mensal, o setor de almoxarifado poderá reduzir a quantidade solicitada, salvo em casos de excepcionalidades.

Nenhum equipamento ou material permanente poderá ser distribuído à unidade requisitante antes de ser patrimoniado e acompanhado pelo Termo de Responsabilidade que, no momento da entrega, deverá ser assinado pelo responsável pela guarda do bem.

O atendimento à requisição ficará sujeita às seguintes condições:

- a. Quantidade existente no estoque e disponibilidade do produto;
- b. Análise do consumo do departamento em períodos pré-determinados.

5.4.1 Calendário de Distribuição

Por possuir uma dinâmica de trabalho bastante específica, o almoxarifado poderá definir um calendário semanal de entrega que vise organizar a distribuição de material, dado o volume de atendimentos que possui.

Este calendário englobará tanto os prazos para pedidos dos setores, quanto os prazos do almoxarifado para entrega.

Os pedidos que forem encaminhados após o prazo estipulado na programação, poderão ser agendados para a semana seguinte, de acordo com o calendário, salvo extrema necessidade do item informada pelo gestor.

No momento da entrega nos setores, deverá haver uma pessoa responsável para o recebimento dos produtos da solicitação, para que não haja atrasos nas entregas dos outros departamentos.

5.5. Balanço Mensal de Movimentação de Estoque

Com objetivo de controlar a movimentação de estoque no encerramento de cada mês, o almoxarifado deverá fazer um levantamento dos materiais disponíveis no estoque e o responsável emitir junto ao sistema o relatório denominado Balancete por Item em 2 (duas) vias que será encaminhado à Diretoria Administrativa até o 10º (décimo) dia útil do mês subsequente.

5.6. Aquisição de Materiais para o Estoque

O Almoxarife efetua o pedido ao setor de compras, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente as necessidades dos setores requisitantes até a compra de nova remessa.

6. CONTROLE DE ESTOQUE

6.1. Entrada

Após o processo de recebimento físico, será lançado no sistema de controle de almoxarifado a entrada das mercadorias recebidas gerando nesse ato a ficha de prateleira, momento este que se computará a entrada no estoque do almoxarifado.

Para a inserção do produto no sistema será imprescindível o lançamento dos dados do documento de recebimento, nota fiscal, descrição da mercadoria recebida, quantidade, valor unitário e total, bem como demais informações necessárias.

A entrada de material no estoque ocorrerá por:

a) Aquisição

Ocorre quando a unidade tem a posse do bem, passando a registrar a entrada do material através de nota fiscal, empenho etc.

b) Transferência

Ocorre quando o material for recebido através de transferência de outro local (almoxarifado da SES/GO por exemplo), utilizando para isso a Guia de Remessa/Devolução.

c) Doação

Ocorre quando o bem é doado por terceiro (pessoa física, jurídica) pública ou privada, sendo a mesma precedida de Termo de Doação de Bens e avaliação técnica dos bens quanto aos benefícios que gerarão para a unidade. (Qualquer doação à ser recebida, será formalmente tratada junto à Secretaria de Estado de Saúde de Goiás e só ocorrerá após a sua autorização).

6.2. Saída

6.2.1. Processo de Requisição de Material

O processo de requisição de Material se fará por intermédio do Formulário de Requisição, que será o documento necessário para que o almoxarifado atenda os pedidos dos setores.

O gestor do setor fará a solicitação, conforme relação de produtos padrão, para a Gerência Administrativa para a aprovação.

Os pedidos de materiais de consumo deverão ser compatíveis com as quantidades previstas e realmente necessárias ao consumo, a fim de evitar formação de estoques excessivos nas unidades.

É necessária a justificativa do setor requisitante nos casos em que a quantidade requisitada de determinado material estiver acima da média de consumo.

Caso a requisição não seja aprovada, a mesma voltará para o responsável solicitante com a justificativa da reprovação do pedido.

6.2.2. Baixa dos Materiais em Estoque

A baixa de materiais no estoque poderá ocorrer:

a) Baixa por Consumo

Refere-se a baixa devido a utilização do material na unidade consumidora.

b) Baixa por Transferência

Ocorre quando o bem é encaminhado ao setor solicitante, utilizando para esse processo a Guia de Remessa/Devolução que deverá ser impressa em 2 (duas) vias.

A Guia de Remessa/Devolução será o documento que acompanhará o material até seu local de entrega, devendo ser assinada pelo responsável do recebimento, que conferirá se todos os itens estão de acordo com o elencado na guia de remessa/devolução, devendo 1 (uma) via retornar ao almoxarifado.

Neste processo é imprescindível que seja informado no sistema a qual setor o bem será destinado, no intuito de obter um controle de custos por setor.

c) **Baixa por inservível**

Para fins de tratamento administrativo, o material de consumo considerado genericamente inservível, ou seja, que não atende mais as necessidades da entidade que detém sua posse ou propriedade, conforme decreto n.º 99.658, de 30 de outubro de 1990 se classifica como:

- **Ociosos:** quando, embora em perfeitas condições de uso, não estiver sendo aproveitado;
- **Irrecuperáveis:** quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.
- **Vencidos:** quando se tornar impróprio para uso em razão da perda de sua validade.

Para este processo utiliza-se o Termo de Baixa de Materiais, com o tipo 01 - Inservibilidade.

d) **Baixa por Avarias**

Ocorre quando há uma danificação no material, sem má fé, utilizando para este processo o Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa 06 - Avarias.

e) **Baixa por Extravio, Acidente ou Sinistro do Material.**

Ocorre quando o material é baixado decorrente de furto, roubo, extravio, causas acidentais, e outros, sempre acompanhado de processo de sindicância ou inquérito que, obrigatoriamente, deve ser instaurado para averiguação das causas e apuração das

responsabilidades, utilizando para esse processo o Termo de Baixa de Materiais, com o código de motivo de baixa: 02-Extravio 03-Acidente ou 04-Sinistro.

Para abertura do processo de sindicância, processo administrativo ou comunicação à autoridade policial para abertura de inquérito, o responsável pela guarda do bem (material) deverá comunicar a Diretoria Administrativa para que sejam tomadas as devidas providências.

Com exceção da baixa por consumo e transferência que será realizada mediante requisição, para o restante dos casos será necessária a formalização do processo e, somente após a autorização do Diretor Administrativo, poderá ser efetuada a baixa no sistema com os documentos hábeis comprobatórios e de acordo com os dispositivos legais vigentes.

6.3. Padronizações na Classificação/Especificação de Material

Padronizar é um meio de assegurar qualidade que resulta em redução de custos. Nesse sentido, a padronização das descrições dos materiais conduz à redução da variedade de materiais utilizados.

Por consequência resulta, também, em simplificação do controle dos estoques, em diminuição do espaço dos almoxarifados e em diminuição dos custos de estocagem tais como do armazenamento físico (área ocupada, instalações, etc.), do manuseio e da distribuição (equipamentos, utensílios etc.) e da obsolescência (perdas).

A padronização na especificação de material tem a finalidade de estruturar, consolidar e divulgar, de forma padronizada, as informações sobre os materiais no âmbito

do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, facilitando assim o processo de requisição de materiais.

Para uma boa classificação, orienta-se estabelecer uma terminologia única e padronizada para os materiais, de forma que se evite duplicidade na sua interpretação.

Especificação do item

É o conjunto de dados descritivos de um item de material que obedece a alguns parâmetros ou padrões de descrição. Geralmente é composta por três conjuntos de dados:

- Descrição resumida (nome básico + nome modificador)
- Características físicas
- Identificação auxiliar

a) Nome Básico

Compreende o passo inicial para a identificação de um item de material. Deve-se individualizar o material e, para tanto, existem regras que definem a apresentação deste nome, como por exemplo: caneta, mesa.

A utilização de estrutura de Nome Básico permite a consolidação de informações de aquisições a partir da descrição mais elementar do item e importante na geração de relatórios gerenciais para tomada de decisões.

Cuidados na formação de nome básico

1. Não utilizar palavras no plural, tais como:

cadernos

lâmpadas

tubos

barras

2. Não usar palavras genéricas: conexão (nome básico: cotovelo)

3. Não usar gírias ou regionalismos: jabá (nome básico: carne seca)

4. Não usar marcas de produtos:

bombril (nome básico: esponja de aço)

isopor (nome básico: poliestireno)

band-aid (nome básico: curativo adesivo)

5. Não usar palavras estrangeiras:

drive (nome básico: unidade de disco)

pallet (nome básico: estrado)

6. Não usar palavras referentes à embalagem ou forma de apresentação: pacote

de arroz (nome básico: arroz)

tubo de cola (nome básico: cola)

caixa de grampo (nome básico: grampo)

b) Nome Modificador

Refere-se ao complemento destinado a estabelecer a diferenciação entre itens de mesmo nome básico. Para sua determinação não existe regra fixa, podendo ser estabelecido em função de:

- ✓ Aplicação do material CADERNO, brochura
- ✓ Composição do material TUBO, aço galvanizado
- ✓ Tipo de material BARRA, chata

c) Características Físicas

Trata-se das informações detalhadas referentes às propriedades físicas químicas ou de funcionamento dos materiais.

d) Descrição Complementar

São as informações destinadas a complementar e esclarecer a descrição de um material. Aparece como a função opcional, exceto a unidade de medida:

- Unidade de medida (kg, peça, etc.);
- Tipo de embalagem (fardo, lata, etc.);
- Forma de acondicionamento (caixa com 12 latas, etc).

e) Descrição Completa

Contempla a junção da Descrição Resumida (Nome Básico + Nome Modificador), Características Físicas e Descrição Complementar dos dados do material.

Será a nomenclatura padrão de cada item de material, ou seja, o nome do material. Para uma melhor visualização e facilidade na busca no sistema, define-se que o Nome Padronizado sempre apresente:

- Letras Maiúsculas: Para o Nome Básico
- Letras Minúsculas Nome Modificador, Características

Físicas e Descrição Complementar.

7. INVENTÁRIO

Através do inventário pode-se avaliar o desempenho do almoxarifado, verificar seus controles, possíveis avarias e extravios, deficiência de acondicionamento e embalagem.

Os inventários físicos serão realizados nas seguintes situações:

a. Inicial: será realizado no momento da criação de um almoxarifado, para a identificação e registro dos produtos no sistema sob responsabilidade.

b. De transferência de responsabilidade: será realizado caso haja mudança do responsável pelo almoxarifado.

c. Eventual: Poderá ser realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade, ou por iniciativa do controle interno.

d. Anual: No encerramento de cada exercício, todos os responsáveis pelos Almojarifados deverão efetuar o levantamento do estoque físico financeiro.

O relatório Termo de Inventário deverá ser encaminhado para o Controle Interno.

8. RESPONSABILIDADES

Todo colaborador poderá ser chamado a responsabilidade pelo desaparecimento do material que lhe for confiado para a guarda ou uso, bem como pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material, que esteja ou não sob sua guarda.

Ocorrendo avaria ou extravio de material, o responsável do almojarifado deverá imediatamente comunicar o fato a Diretoria Administrativa que adotará as medidas administrativas necessárias para apurar responsabilidades.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Manual de Normas de Rotinas e de Procedimentos de Controle – Almojarifado e Patrimônio, estabelece regras para a implantação e desempenho do sistema de recebimento e distribuição de bens e materiais no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

A implantação de procedimentos de um almojarifado contribui para um aperfeiçoamento da prática de recebimento e armazenagem de bens de consumo e permanente, dando a elevada importância para o bom manuseio dos materiais, com o propósito de salvaguardar os bens e materiais depositados sobre a responsabilidade do almojarifado e patrimônio.

Espera-se ainda com esse manual dar mais praticidade no recebimento e distribuição dos materiais, tendo em vista a facilidade de armazenamento, avaliação de validade dos produtos e análise de custo-benefício nos procedimentos de almoxarifado.

Mostra-se imprescindível a existência de um manual para que as práticas nos procedimentos de almoxarifado e patrimônio sejam mais eficientes e eficazes, a fim de realizar os cumprimentos legislações que tratam do tema.

Notificação de Irregularidade de Entrega de Mercadoria

Goiânia,de.....de.....

À

(nome da empresa)

NOTIFICAÇÃO - IRREGULARIDADE NA ENTREGA DE MERCADORIA

Fica essa empresa notificada, que no ato do recebimento das mercadorias decorrentes da Ordem de Fornecimento, e que foram acobertadas pela Nota Fiscal, foi constatada divergências conforme segue:

Falta de mercadoria;

Mercadoria em desacordo com o pedido;

Mercadorias com avarias;

Outros (especificar).....

Dessa forma, firmamos o aceite parcial e estamos devolvendo as seguinte mercadorias:.....

.....

Dessa forma, estamos fazendo a devolução total das mercadorias, não sendo dado o aceite.

Nome e Assinatura do Responsável

Nome e Assinatura da Empresa (representante/transportadora)

Instruções de preenchimento da Notificação de Irregularidade na entrega de mercadoria:

Número de Vias – 02 (duas) vias;

Nome da Empresa: Informar o nome da empresa que está entregando a mercadoria;

Empenho: Informar o número do empenho a que se refere a mercadoria com irregularidade;

Nota Fiscal: Informar o número da Nota fiscal referente a mercadoria com irregularidade;

Nome e Assinatura do Servidor: Informar o nome por extenso e assinatura do servidor responsável pelo recebimento;

Nome e Assinatura da Empresa: Informar o nome por extenso e assinatura da empresa que está realizando a entrega, bem como do preposto.

Ficha de Conferência Técnica
CONFERÊNCIA TÉCNICA

O aceite do material discriminado abaixo somente será efetuado após a entrega deste documento junto ao Almoxarifado (Devolver com Urgência).

Produto:	Quantidade:
----------	-------------

Data Emissão: ____ / ____ / ____

Foram conferidas as mercadorias constantes no Empenho Nº _____ de

De acordo com a Nota Fiscal Nº _____ Empresa _____

os quais se encontram:

() de acordo com as especificações técnicas solicitadas, bem como em condições normais de funcionamento.

() em desacordo com especificações técnicas solicitadas pelo motivo a seguir:

Preencher o quadro abaixo após o Laudo Técnico

Conferido por:	
CPF ou matrícula:	_____ Assinatura
Órgão/Unidade:	
Data: ____ / ____ / ____	

Guia de Remessa/Devolução

		Nº
Natureza da Operação		Data de Emissão
GUIA DE REMESSA/DEVOLUÇÃO		/ /

Remetente

Nome				
Endereço			Bairro	
Município	UF:	CEP:		Telefone:

Destinatário

Nome				
Endereço			Bairro	
Município	UF:	CEP:		Telefone:

Dados do Produto

Item	Descrição do Material	Unidade	Qtde	Validade	Lote	Valor Unitário	Valor Total
						TOTAL	

Dados Adicionais/Observações

--

Recebimento

Expedido por: Nome: CPF/Matricula: Data: / /	Recebido por: Nome: CPF/Matricula: Data: / /
---	---

Termo de Baixa de Materiais

TERMO DE BAIXA DE MATERIAS				Nº
SETOR REQUISITANTE			DATA	
Nº DE ORDEM	CÓDIGO DO ITEM	DESCRIÇÃO	QUANT.	CÓDIGO MOTIVO DA BAIXA
MOTIVO DA BAIXA				
01- Inservibilidade 02-Extravio 03-Acidente 04-Sinistro 05-Doação 06-Avarias				
OBSERVAÇÕES				
DADOS DO SOLICITANTE			APROVAÇÃO	
DATA: ____ / ____ / ____			DATA: ____ / ____ / ____	
NOME: _____			NOME: _____	
CPF/MATRICULA: _____			CPF/MATRICULA: _____	
ASSINATURA: _____			ASSINATURA: _____	
CARGO: _____			CARGO: _____	
Este formulário deverá vir acompanhado, imprescindivelmente, de cópia de todo processo de autorização para arquivo da unidade de Almoxarifado pertencente ao Item				

3.3.3. PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

O setor financeiro de uma unidade é o local responsável pela administração de recursos financeiros, sejam eles próprios da entidade gestora ou recebidos à partir de parcerias como contratos/convênios/termos de cooperação.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

Esse setor é responsável pelas operações financeiras cotidianas, como organização de contas à serem pagas e à receber, fluxo de caixa, organização de manutenção e oscilações de capital de giro, negociação de contratos firmados com terceiros.

Além disso, os colaboradores responsáveis pela gestão financeira de uma unidade, tem dentre suas atribuições, a responsabilidade com a guarda da documentação financeira e contábil.

Durante a gestão e operacionalização do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD pelo Instituto Patris todas as rotinas de Administração Financeira estarão subordinadas à Diretoria Administrativa, e destinam -se à gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de:

Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas institucionais para a realização dos trabalhos.

A gestão contábil financeira do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD em relação ao Contrato de Gestão para a administração da Unidade deverá compreender um conjunto de ações e procedimentos administrativos que visam maximizar os resultados econômicos e financeiros, contemplando um conjunto de procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, a análise e o controle das atividades financeiras da instituição.

A partir de um detalhado planejamento inicial serão adotados os procedimentos elencados abaixo, visando a melhor execução de cada um dos itens, otimizando as ações da gestão financeira como um todo.

MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS DO HECAD

ROTINAS PARA A EFICIÊNCIA DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

• **Contas a Pagar e a Receber:** Processo a ser operado pela área de Finanças que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;

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

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

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

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

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

Só é possível falar em uma administração financeira eficiente com responsáveis profissionais devidamente qualificados para o desempenho de suas atribuições, visando sempre a plena consecução dos objetivos do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Esses profissionais envolvidos com a atividade de administração financeira, deverão:

I. Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros de acordo com a legislação vigente.

III. Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;

IV. Contabilizar atos e fatos administrativos;

V. Colaborar com auditores interessados e habilitados e analisar as contas da unidade.

Apresentamos a seguir o mapeamento do processo de acompanhamento financeiro que passará por:

GERÊNCIA FINANCEIRA:

À Gerência Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição;
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor;
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços;
- Outras atividades correlatas;

A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

A Gerência Contábil e Financeira é composta por: Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber, Serviço de Finanças, Serviço de Contabilidade

CONTABILIDADE:

É a estrutura subordinada à Gerência Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da unidade de saúde. Ao Serviço de Contabilidade compete:

- Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.
- Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.
- Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.
- Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.
- Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.
- Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas. Promover as devidas depreciações dos bens da Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

TESOURARIA:

O setor de Tesouraria é o local responsável pela entrada e saída de recursos financeiros, mantendo a organização dos gastos e rendimentos da unidade. À ela compete:

- Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros de acordo com a legislação vigente;
- Emitir relação das ordens bancárias externas detalhadas, de acordo com a previsão financeira, para serem assinados pela Gerência/Diretoria;
- Desenvolvimento do planejamento de entrada – com panorama para 90 dias – e proceder com a alimentação de fluxo de caixa;
- Realizar o monitoramento de entradas de recursos sob o prisma cronológico, buscando a consolidação com o planejamento realizado;
- Conferência de recebimento de valores estabelecidos contratualmente, considerando as datas definidas nos instrumentos contratuais;
- Informar a gerência/direção dos desencontros, considerando o planejado versus o orçado em termos dos recebíveis;
- Reelaborar novas perspectivas para o planejamento, considerando novos cenários de entradas;

Com relação às saídas de valores, caberá a Tesouraria:

- Avaliar o fluxo de caixa consolidado visando obter cenários e perspectivas, considerando as obrigações – pagamentos- a serem realizados;
-

- Receber informações dos setores de recursos humanos e compras, de modo que seja possível a construção de planejamentos futuros de fluxos de caixa;
- Alimentar o fluxo de caixa, elaborando o planejamento das saídas com planejamento para 90 (noventa) dias;
- Proceder com o controle de contras, seguindo os moldes legais, organizando liquidações contábeis e financeiras;
- Emitir guias e recolher impostos;
- Comunicar a Diretoria Financeira qualquer discrepância encontrada, por intermédio dos relatórios gerados regularmente;
- Efetuar, após autorizado pela Diretoria Administrativa, o pagamento de fornecedores e prestadores de serviços;
- Dar quitação à folha de pagamento de colaboradores da unidade;

ATIVIDADES DA TESOUREARIA QUE NÃO ENVOLVAM ENTRADA E SAÍDA DE RECURSOS:

- Semanalmente realizar conciliação bancária;
 - Elaboração de Prestação de Contas;
 - Avaliação e correção de fluxo de caixa junto à Diretoria, por intermédio de reuniões;
-

- Impressão e verificação de eventuais inconformidades dos pagamentos de fornecedores;
- Arquivamento de toda a documentação referente às operações realizadas;
- Acompanhamento e conferência de processos de pagamento;
- Tendo em vista a informatização (prevista no Tópico Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário) será papel da tesouraria o lançamento de todas as informações financeiras de pagamento no sistema informatizado do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
- Quando no curso de suas atividades, surgirem documentações com teor contábil, deverá ainda, providenciar o encaminhador ao setor de Contabilidade para providências ao seu cargo.

PLANEJAMENTO:

É o setor responsável pela elaboração de panoramas financeiros e orçamentários, de modo a gerar uma previsibilidade na tomada de decisões, e nas atividades mensais. Deverá ser operacional, tático e estratégico, ou seja, abranger aspectos de curto, médio e longo prazo.

Trabalha com interface a outros setores, como: suprimentos (na elaboração do planejamento de compras); operacional (na elaboração de estimativas); financeira (lidando com orçamentos); Diretoria Administrativa e Gerências financeira e administrativa (dando suporte na tomada de decisões, por intermédio dos estudos realizados).

Atua ainda:

- Solicitando revisões e reajustes orçamentários quando necessário;
- Coletando dados para a elaboração da proposta orçamentária;

CONTROLE INTERNO:

É o setor responsável pela padronização de ações e observância de normas em todos os processos que versem sobre recursos financeiros do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Normatiza:

- Políticas internas;
- Autonomia administrativa;
- Despesas gerais;
- Alçadas de aprovações;
- Despesas extraordinárias;
- Revisão de limites de alçadas para aprovações, regularmente;
- Fiscalização e aprimoramento do processo de controle interno;
- Separação de funções (autorização, execução, registro, controle)

FATURAMENTO:

O processo de faturamento é aquele que emite relatório de gestão, trazendo informações extraídas de banco de informações utilizados como DATASUS – Ministério da Saúde, e após uma análise das informações extraídas no BPA, emite um relatório chamado de “relatório de faturamento” que permite acompanhar se a média de atendimento no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, se manteve dentro da normalidade, emitindo relatórios por especialidade na unidade, e analisando o histórico dos atendimentos nos meses pretéritos.

Esse setor tem como precípua função o processamento das faturas do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, realizando o mapeamento dos atendimentos, procedendo com a consolidação de planilhas para posteriormente transmita-las em receitas em observância a Tabela Unificada SUS.

EMISSÃO DE DOCUMENTOS IMPORTANTES PARA A ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DO HECAD

EMISSÃO DE RELATÓRIOS MENSAIS:

As operações econômicas e financeiras do Instituto Patris na gestão do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação
 - Balanço Financeiro
-

- Balanço Patrimonial
- Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
- Balanço da Despesa Fixada x Realizada
- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários.

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

RELATÓRIOS ANUAIS:

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro.

São peças componentes das demonstrações contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
 - Balanço Financeiro;
 - Balanço Patrimonial Comparado;
 - Demonstração das Variações Patrimoniais;
 - Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
-

- Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

Deverá ser encerrado pelo contador os balanços e a posteriori apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

PLANEJAMENTO ANUAL FINANCEIRO – PAF DO HECAD

O PAF será estruturado anualmente, observando a legislação pertinente e as especificidades do Instituto Patris e compreenderá os seguintes itens:

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos, demonstrando a aplicação dos recursos.

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

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

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

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos angariados no exercício financeiro corrente, a serem computadas na apuração do resultado, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

- **Receitas Correntes** – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;

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

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

- **Receitas com Doações** – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para o Instituto, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado.

DO SERVIÇO DE FINANÇAS

É a estrutura subordinada à Gerência Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Finanças compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da unidade de saúde.

- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.
- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.
- Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Finanças é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

GESTÃO DE CUSTOS PARA O HECAD

A gestão de custos de unidades de saúde é um dos maiores desafios para os gestores de uma unidade como o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD. Tem sido cada vez mais necessário buscar diferentes meios para otimizar os gastos e tomar decisões estratégicas.

Para isso, o gestor de uma instituição de saúde precisa ter o controle dos custos de serviços de saúde de forma integral. Isto é, acompanhando métricas, dados e conceitos que têm um impacto direto sobre o orçamento final. Tal como os valores gastos com materiais, o tempo de espera para o atendimento dos pacientes ou o período de ociosidade dos equipamentos. Muito além do controle básico de entradas e saídas de

recursos, o gestor deve analisar diferentes aspectos e atividades de serviços de saúde que possam influenciar no custo final.

Uma gestão de custos de serviços de saúde eficiente permite identificar os principais gargalos da instituição, desde questões operacionais, de infraestrutura e falhas nos fluxos de atendimento.

Com o controle de dados também é possível reconhecer áreas e operações que podem ser otimizadas e fortalecidas para gerar resultados ainda melhores. Assim, a análise de dados é um processo de suporte à tomada de decisões gerenciais e estratégicas para a organização.

Tipos de custos de serviços de saúde

Os conceitos que envolvem a gestão de custos de serviços de saúde, são definidos abaixo:

Custo: tudo que é gasto direta ou indiretamente, na prestação de um serviço ou na produção de um bem (produto).

Custos fixos: são aqueles cujo valor não se altera quando se aumenta ou reduz a quantidade de volume dos serviços produzidos. Os custos fixos se mantêm mesmo que sem produção. Por exemplo, se o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD atender 30 ou 200 pacientes, os custos com infraestrutura, segurança ou iluminação serão os mesmos naquele período.

Custos variáveis: são aqueles cujo valor se altera quando se aumenta ou diminui a quantidade de volume de serviços prestados. Um exemplo são os gastos relacionados

a matéria-prima: se há um aumento no número de exames de Raio-X, há um aumento no número de filmes radiológicos utilizados – se não se utiliza um PACS, por exemplo.

Os custos, sejam eles fixos ou variáveis, ainda podem ser classificados como diretos ou indiretos de acordo com a forma de aplicação.

Custos diretos: são os custos que podem ser identificados diretamente no produto ou serviço. Consegue-se identificar a quantidade consumida ao se observar o serviço que está sendo prestado. Um exemplo são os medicamentos utilizados e a quantidade de tempo dos profissionais envolvidos no atendimento do usuário.

Custos indiretos: são os custos que não tem possibilidade de identificação direta com o serviço prestado, como por exemplo, a iluminação de um centro cirúrgico.

Para a gestão de custos de serviços de saúde, a tecnologia pode ser mais que uma aliada. Um programa de gestão de custos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD permitirá monitorar em tempo real esses dados, facilitando o dia a dia do gestor, levando em consideração os diferentes custos mencionados acima.

Os softwares podem apresentar as informações financeiras por setor, paciente ou procedimento. Para cada um desses cálculos, diversos itens são levados em conta, tais como horas de trabalho dos profissionais envolvidos, materiais utilizados, diárias de internação, custo da hora no centro cirúrgico, etc.

A partir desses dados é possível otimizar recursos e melhorar a eficiência de processos. Com as informações corretas em mãos, o gestor poderá definir um planejamento, tomar decisões e buscar soluções para problemas, quando necessário.

Somente com o controle de dados, a partir de softwares robustos que permitam ter um panorama completo do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, é que os gestores poderão tomar decisões eficientes, visando uma gestão eficiente.

Mais que uma tendência do mercado, o uso de tecnologias no controle financeiro é a chave para que as instituições aumentem as possibilidades para obter melhores resultados.

A integração nos sistemas, por sinal, é um dos aspectos mais importante no software de gestão. Mais do que o controle de entradas e saídas de recursos, o software de gestão financeira à ser utilizado no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD estará integrado a outros processos e dados da unidade de saúde, como o registro de pacientes, tempo de espera, procedimentos realizados, estoque, etc.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS DO HECAD E SUAS FUNÇÕES

O programa de gestão de custos de serviços de saúde no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, atuará de modo a garantir as ações abaixo listadas:

- Auxílio na tomada de decisões: como dito acima, o sistema de custos proporcionará segurança para o gestor decidir;
- Controle de custos: o programa elucidará aos gestores se os custos estão dentro do padrão aceitável e planejado;
- Permitirá a redução de custos e eliminação de desperdícios, uma vez que o gerará demonstrativos, capazes de fazer com que o gestor vislumbre onde ocorrem desperdícios, aprimorando processos e minimizando custos;

- Realizará o planejamento dos serviços interno do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, de forma a contribuir com a definição de orçamentos, custo máximo admissível e custo máximo estimado;
- Avaliará os estoques do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
- Fracionamento dos custos: os custos referentes a cada centro de custos do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD (administrativo, intermediário e final) poderão ser controlados separadamente.

MÉTODOS DE CUSTEIOS EXISTENTES

A atribuição de valor a produção de bens e prestação de serviços é feita de diferentes formas e recebe o nome de métodos de custeio, vejamos os mais utilizados nas unidades de saúde:

Custeio por absorção

O Custeio por Absorção, consiste na apropriação de todos os custos de produção aos bens elaborados. Outros critérios de apropriação têm surgido com o tempo, mas no Brasil apenas esse é valido tanto para fins de balanço patrimonial e demonstração de resultados, como também, na maioria dos países, para balanço.

O método citado inclui todos os custos indiretos de fabricação de um certo período nos custos de diferentes atividades, sejam produtos, processos ou serviços. Recorrendo assim, a uma série de rateios por causa dos custos comuns.

Sua principal finalidade é ter os custos totais, diretos e indiretos, de cada objeto de custeio. O custeio por absorção é o mais utilizado, por ser um critério fiscal e legal em

praticamente todo o mundo, incorporando os custos fixos e indiretos industriais aos produtos, traduzindo todos esses gastos em custo unitário através de procedimentos de rateio e alocação aos diversos produtos e serviços.

No custeio por absorção o custo de uma unidade de determinado produto será formado por materiais diretos, mão-de-obra direta e custos indiretos fixos e variáveis. Neste caso, a cada unidade do produto é atribuído, além dos custos variáveis uma parte dos custos fixos.

Esse é o método que será adotado no Hospital da Criança e do Adolescente.

As etapas de implantação do sistema de custeio por absorção no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD deverão, estar alinhadas aos objetivos estratégicos da unidade.

De forma sintética, é possível traçar as ações para implantação do método de custeio no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD do seguinte modo:

- Definições e classificação de itens de custos, critério de rateios e de produção, além da forma de aloca-los aos centros de custos;
- Classificação do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD em centros de custos e a classificação de cada centro quanto às suas funções;
- Coleta de dados que permita a produção das informações de custos;
- Cálculos;
- Geração de relatórios;

Custeio variável

O método do custeio variável fundamenta-se na classificação dos gastos em variáveis e fixos, ou seja, os gastos que oscilam proporcionalmente ao volume de produção, venda e prestação de serviços e os gastos que se mantêm estáveis.

A oscilação dos custos variáveis ocorre de forma proporcional ao volume da produção, porém, o custo variável unitário se mantém constante dentro do intervalo de análise.

O custo fixo, no entanto, não sofre oscilações proporcionais ao volume da produção. Contudo, quando convertido em custo por unidade de produto o valor desses custos torna-se variável. Com base no custeio variável, ou direto como também é chamado, só são alocados aos produtos os custos variáveis. Os custos fixos são considerados como despesas do período, indo diretamente para o resultado.

Conseqüentemente, para os estoques só vão os custos variáveis. Crepaldi defende o custeio variável com base em três argumentos:

a) A existência dos custos fixos, independe da fabricação ou não de determinado produto. No entanto, os mesmos podem ser encarados como encargos necessários às condições de produção da organização e não como encargos de um produto específico.

b) Os custos fixos sempre são distribuídos aos produtos por meio de critérios de rateio que contêm, em maior ou menor grau, a arbitrariedade. A maioria dos rateios é feita com a utilização de fatores que, não vinculam cada custo a cada produto. Para a avaliação de estoque o rateio é mais ou menos lógico. No entanto, para tomada de decisão, o rateio mais distorce do que ajuda. Isso se deve pelo fato de que a simples modificação de um

critério de rateio pode fazer um produto não-rentável passar a ser rentável, o que não é adequado.

c) O valor dos custos fixos a ser distribuído a cada produto depende, além dos critérios de rateio, do volume de produção. Por isso, o custo de um produto pode oscilar em função da variação de quantidade produzida de outro produto.

As análises de custo, volume e lucro estão intimamente relacionadas aos conceitos de margem de contribuição unitária e da razão de contribuição, ou índice de margem de contribuição. Na realidade, quase todas as aplicações de custos para decisões de curto prazo embasam-se nesses conceitos (BORNIA, 2002 apud VIEIRA, 2004).

Conforme Crepaldi (1999), todos os custos e despesas variáveis, incluindo as despesas de vendas e administração, são deduzidos da receita de vendas, mesmos que as despesas variáveis não façam parte do custo do produto, tendo como resultado, a chamada margem de contribuição, que por sua vez representa o valor que cobrirá os custos e despesas fixas da empresa e proporcionará o lucro.

Custeio baseado em atividades (ABC)

Segundo Martins (2001), o Custeio Baseado em Atividades, conhecido como ABC (Activity Based Cost), é uma metodologia de custeio que procura reduzir sensivelmente as distorções provocadas pelo rateio arbitrário dos custos indiretos. Os sistemas de custeio tradicionais respondem à seguinte pergunta: como a organização pode alocar custos para a geração de relatórios financeiros e controle de custos departamentais?

No entanto, os sistemas ABC abordam um conjunto diversificado de perguntas:

a) Que atividades estão sendo executadas pelos recursos organizacionais?

- b) Quanto custa executar atividades organizacionais e processos de negócios?
- c) Por que a organização precisa executar atividades e processos de negócios?
- d) Quanto de cada atividade é necessário para os produtos, serviços e clientes da organização?

A utilidade do custeio baseado em atividades não se limita ao custeio de produtos, ou seja, esta utilidade vai além. O ABC é, acima de tudo, uma poderosa ferramenta a ser utilizada na gestão de custos.

No entanto, restringe-se a uma limitação do conceito de atividade no contexto de cada departamento, sendo essa uma visão exclusivamente funcional. Kaplan e Cooper (1998), referem-se ao modelo ABC como um mapa econômico das despesas e da lucratividade da organização baseado nas atividades organizacionais.

Este mapa revela o custo existente e projetado de atividades e processos de negócios que, em contrapartida, esclarece o custo e a lucratividade de cada produto, serviço, cliente e unidade operacional. São essas atividades que devem ser observadas pelas organizações de saúde, já que serão consumidoras dos seus recursos financeiros.

CENTRO DE CUSTOS OU DEPARTAMENTALIZAÇÃO

Departamentos são unidades operacionais representadas por um conjunto de homens e/ou máquinas de características semelhantes, desenvolvendo atividades homogêneas de uma mesma área.

Departamento ou Centro de Custos é a unidade mínima administrativa, caracterizada, por ter uma estrutura de custos homogênea, por estar centrada num único local e por oferecer condições de coleta de dados de custos.

Os departamentos são divididos em:

- **Departamentos-meio:** correspondem à parte essencial da organização, não trabalhando, porém, na elaboração dos produtos ou dos serviços. Sua função consiste em atender às necessidades dos departamentos de produção ou de outros departamentos de serviços;

- **Departamentos-fim:** elaboram diretamente os produtos transformando fisicamente as unidades em processamento. Como recebem os benefícios executados pelos departamentos de serviços, os custos desses últimos devem ser também incorporados à produção. Assim, o custo de produção será a soma dos custos dos departamentos de produção e dos departamentos de serviços.

A dificuldade de apropriação dos custos indiretos aos produtos daqueles centros de custos que não recebem fisicamente o produto, isto é, que prestam serviços a outros departamentos, exige que haja um sistema de rateio entre os centros de custos.

Os custos incorridos originalmente nos departamentos são classificados como custos primários dele e os custos recebidos por rateio de outros departamentos são chamados de secundários.

Mecanismos de Repasse dos Custos dos Departamentos (ou Centros de Custos)

Mais importante que a definição de critérios de rateio é a decisão quanto à forma de repasse ou aplicação destes rateios entre os centros de custos. O processo de passagem dos custos dos centros de custos-meio para os centros de custos-fim pode ser feito por diferentes mecanismos que acarretam também diferentes impactos na gestão de custos.

Duas formas podem ser destacadas como mecanismos de repasse dos custos entre os centros de custos: por meio de percentual de atuação ou por identificação dos produtos dos centros de custos.

Repasse por Meio de Percentual de Atuação

O primeiro mecanismo é a passagem dos custos por meio de percentual de atuação. Tomando como exemplo o rateio do Centro de Custos Serviço de Manutenção pelo percentual de atuação do CC, considerando que o percentual financeiro será repassado e considerando a atuação do CC para outros CCs, significa, por exemplo, que 35% dos custos do CC Manutenção seriam passados para a Unidade de Internação, 20% dos custos seriam atribuídos à Farmácia, 15% iriam para o Laboratório, 20% para a Diretoria e os restantes 10% passariam ao Serviço de Nutrição e Dietética (SND). Essa forma de repasse não apresenta a riqueza de detalhes necessária para a gestão dos custos. Isso por ser de difícil compreensão e questionamento para os CCs que recebem os valores de rateio.

Repasse por Meio de Produtos Produzidos

O segundo mecanismo ocorre por meio da identificação de produtos fabricados ou serviços prestados pelos centros de custos e, a partir daí, do consumo desses produtos ou serviços pelos demais. No caso do exemplo anterior, identificaríamos os produtos (ou

serviços) produzidos pelo CC Manutenção, que poderiam ser, por exemplo, horas de manutenção. O repasse dos custos do CC Manutenção estaria vinculado ao que foi produzido de horas de manutenção para cada CC. Desta forma, ao realizarmos o rateio dos custos do CC Manutenção, estaríamos “entregando a conta” dos valores gastos para a realização da manutenção em cada CC. O Quadro 6 apresenta o exemplo do repasse dos custos. A identificação das horas de serviço que compete a cada CC proporciona uma percepção da transferência do serviço prestado de um CC a outro, propiciando uma gestão de custos mais clara.

IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE CUSTOS NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HECAD

O programa de gestão de custos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD ocorre nos três níveis de planejamento e controle, quais sejam, operacional, tático e estratégico.

Ressaltamos que para que um projeto/programa possa ser internalizado pelos colaboradores de uma organização, ele precisa antes de mais nada se tornar conhecido.

Desde modo, é necessário inicialmente, proceder com a explanação do programa de modo a gerar sensibilização na equipe do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD e despertar o interesse pelo sistema, para que os colaboradores busquem conhecer e compreender o mesmo, se envolvendo na ferramenta de gestão.

Todo projeto/programa conta com um cronograma, ainda que meramente estimado, para que se consiga ter êxito na implantação.

Deste modo, estima-se um período de 120 (cento e vinte) dias para a implantação do programa de gestão de custo no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD a partir da assinatura do contrato de gestão do Instituto Patris com a Secretaria de Estado de Saúde, para o gerenciamento e operacionalização da unidade.

Evidente, que tratando-se de uma unidade de saúde, que naturalmente tem seus contratempos, além de estarmos vivendo a sazonalidade de um período pandêmico, esse período poder ser dilatado ou minimizado (intenção primordial desta proponente).

Caso haja necessidade de dilação do prazo, tal prática será devidamente justificada, tendo em vista a definição das metas que serão estabelecidas e observadas para o integral cumprimento do programa.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS E OBJETIVOS DO HECAD

O programa de gestão de custos estará intrinsecamente alinhado aos objetivos do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, aliás o mesmo será uma ferramenta/instrumento que auxiliará no cumprimento de metas estabelecidas, bem como no desenvolvimento dos objetivos estratégicos, proporcionando minimização de custos e ainda, gerando ainda, no que tange a assistência e administração, eficiência na unidade.

O uso racional, razoável e adequado de recursos financeiros, proporcionarão otimização da gestão orçamentária e financeira (nunca é demais lembrar, tratando-se de recursos financeiros públicos), o planejamento de compras e a melhora no monitoramento do estoque almoxarifado.

PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS E A UTILIZAÇÃO DE SUAS INFORMAÇÕES NO HECAD

O objetivo do uso das informações que serão colhidas pela ferramenta de gestão de custos tem como objetivo garantir a eficiência, qualidade dos serviços prestados, economicidade e máxima transparência na utilização dos recursos públicos (frutos dos repasses do contrato de gestão), almejando sempre a qualidade da assistência prestada aos usuários do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

APURAÇÃO DOS CENTROS CUSTOS NO HECAD

Inegavelmente a definição dos centros de custos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, encontrarão guarida no próprio organograma da instituição, conforme já demonstrado no Regimento Interno, por essa proponente, mas ainda demandará pesquisa de campo e avaliação acurada para que se chegue a uma conclusão final.

Como já visto, a departamentalização ou centros de custos, quando de sua definição, poderá ocorrer a aglutinação de um ou mais setores do organograma, bem como poderá ocorrer a divisão de um único setor, em dois ou mais centros de custo, de modo a uma identificação mais precisa dos custos.

Mesmo após definidos por essa proponente os Centros de Custos, periodicamente, deverão os mesmos ser revistos, e se necessário, sofrerem alterações de modo à se adequarem a realidade da unidade.

CLASSIFICAÇÃO CENTROS CUSTOS NO HECAD

É possível proceder com a reunião de centros de custos, à partir das atividades desempenhadas de forma semelhante. Vejamos:

- **Administrativos:** centros de custos relacionados com as atividades administrativas, diretivas, de recursos humanos, de assessoramento, financeiras, contábeis, e outras que possam ser alinhadas às atividades desta classificação;

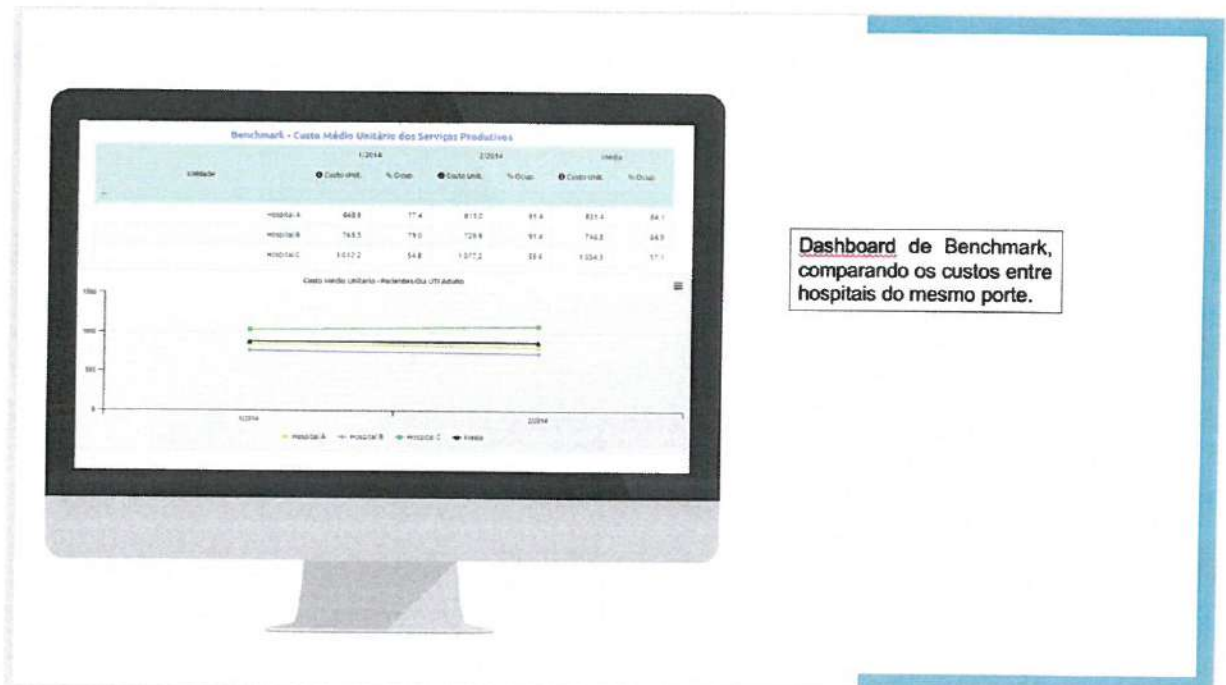
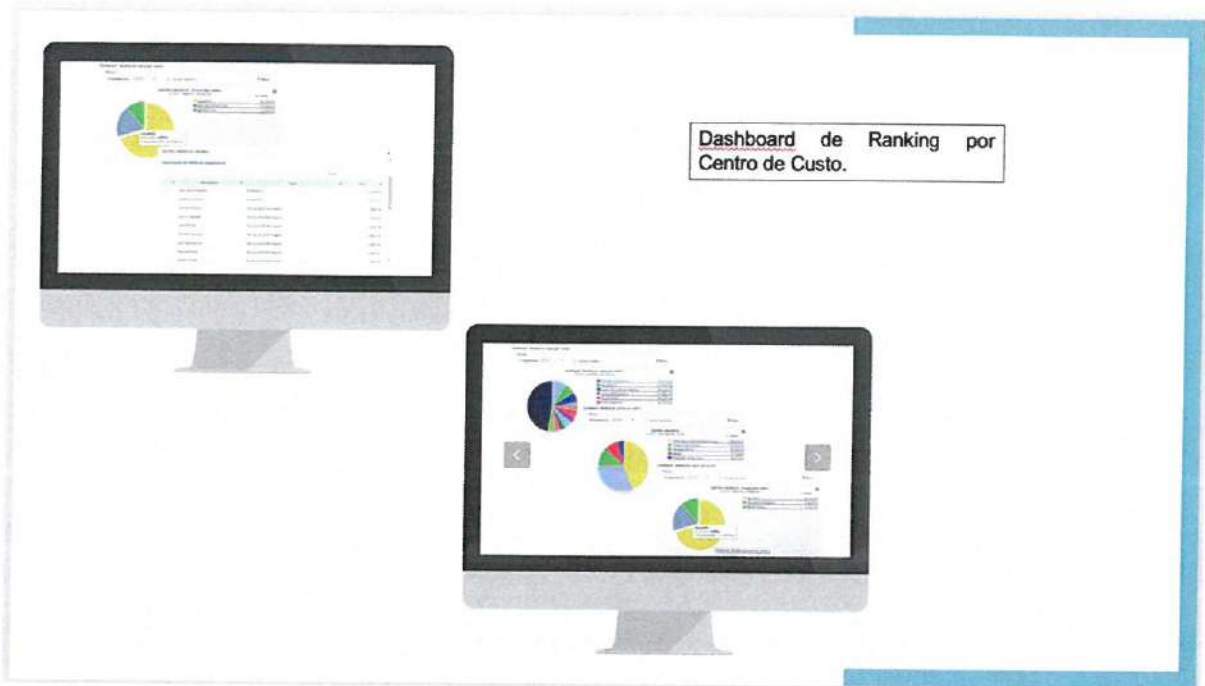
- **Auxiliares:** são os centros de custos que desempenham funções auxiliares à área finalística da unidade. São área que atuam de maneira complementar à prestação de serviço de saúde propriamente dita, como por exemplo: CME, nutrição, lavanderia, higienização, Tecnologia da Informação, Serviço Social, etc).

- **Produtivos:** centros de custos que desempenham ações finalísticas, ou seja, prestam serviços diretamente aos pacientes, tais como clínica médica, pronto socorro, internação, etc).

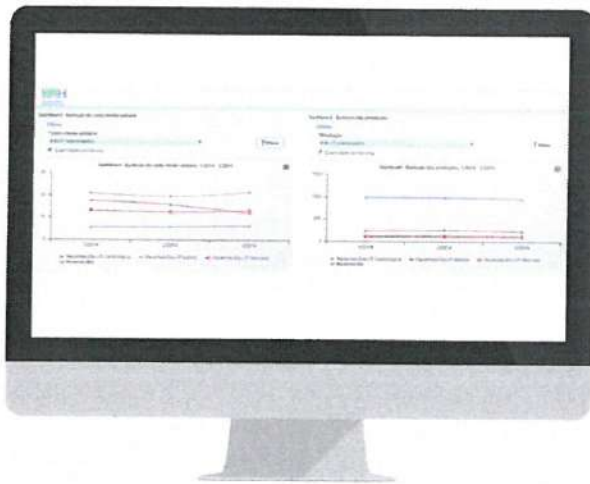
SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS – KPIH

O Instituto Patris, utilizará a Gestão Automatizada para apuração e análise de custos do HECAD, com a implementação de Solução Internacionalmente utilizada, o KPIH (Key Performance Indicator For Health).

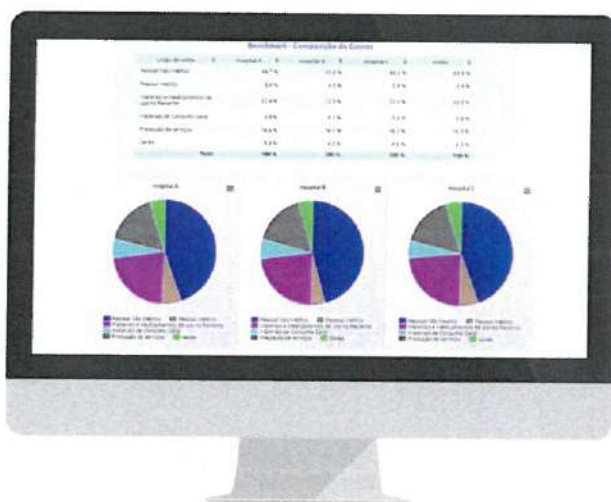
A Plataforma KPIH é uma solução na nuvem, de alta escalabilidade e de fácil utilização. Com a plataforma é possível simular diferentes cenários de custos de acordo com a capacidade instalada, sendo possível também aumentar os resultados em mais de 20%, otimizando os processos e reduzindo os custos desnecessários.



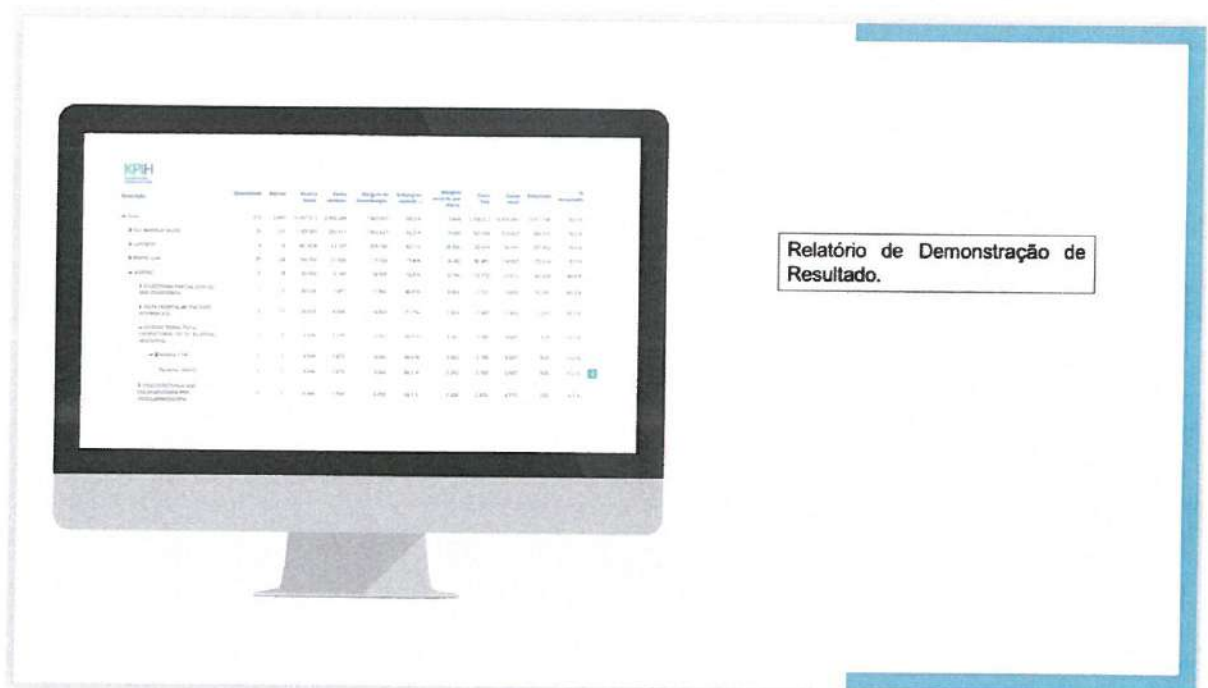
Dashboard de Benchmark, comparando os custos entre hospitais do mesmo porte.



Dashboard de Evolução de Custo Médio Unitário.



Dashboard de Benchmark – Composição de Custos, comparativo por hospital.



3.3. INCREMENTO DE ATIVIDADES

3.3.1. PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS

Com objetivo de propiciar um ambiente mais acolhedor e uma experiência qualificada aos usuários assistidos pela unidade, alguns projetos e programas tem seu desenvolvimento previsto nessa proposta. Outras ações poderão ser desenvolvidas, em conjunto com a comissão de humanização da unidade conforme forem percebidas as necessidades dos usuários.

Os principais projetos a serem desenvolvidos permeiam ações de acolhimento e assistência social e são detalhados em sequência

PROJETO ESPAÇO FAMÍLIA

Como parte dos projetos de atenção integral a saúde, com foco no apoio social e humanização, o Espaço Família, tem a proposta de oferecer aos pais de crianças internadas nas UTIs do HECAD, um ambiente acolhedor e seguro para permanência durante a hospitalização de seus filhos.

Esse ambiente tem como objetivo não apenas promover os valores da instituição que envolvem uma atenção integral e humanização, mas também atender ao artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente que assegura:

“Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” – Lei 8069/1990

O espaço deverá oferecer um ambiente capaz de atender as necessidades de conforto, sono e higiene dos pais, durante todo o período de hospitalização das crianças.

Serão ainda ofertadas alimentação a esses pais, sendo: café da manhã, almoço e jantas.

Cronograma

O cronograma de execução do projeto de Espaço Família, dependerá principalmente do estudo do ambiente e adequação física necessária para receber o número mínimo de 20 acompanhantes. Sendo assim, propõe o cronograma abaixo:

ETAPAS	DURAÇÃO	
	Início	Término
<i>Estudo espaço físico</i>	1° mês	2° mês
<i>Elaboração do projeto</i>	1° mês	2° mês
<i>Cotação e compra do material</i>	3° mês	3° mês
<i>Período de obras</i>	4° mês	5° mês
<i>Implementação</i>	6° mês	Permanente

PROJETO BRINQUEDOTECA

Conforme descrito no PNH, a ambientação é uma das ferramentas que ampliam o acolhimento, através do conforto. Considerando o estímulo ao crescimento e desenvolvimento das crianças, será a área destinada ao convívio social desse perfil de usuários, objetivando valorizar o ato de brincar, estimular o desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial das crianças e preservar a saúde emocional, valorizando a saúde e minimizando os efeitos da doença.

Objetivo geral

O principal objetivo desse projeto é desenvolver atividades lúdicas junto as crianças internadas no HECAD, em espaço destinado para tal, visando auxiliar na

recuperação da criança por meio da redução do sofrimento causado pelo processo de adoecimento e hospitalização promovendo a humanização hospitalar e preservando o direito da criança de brincar.

Objetivos específicos

- Consolidar o valor da unidade em promover um atendimento humanizado;
- Planejar, organizar e desenvolver atividades lúdicas com as crianças hospitalizadas;
- Reduzir do sofrimento das crianças hospitalizadas;
- Estimular o contato entre acompanhante e criança hospitalizada a fim de minimizar o sofrimento de ambos durante a internação;
- Desenvolver na comunidade hospitalar a importância de um espaço para o desenvolvimento de atividades lúdicas dentro de uma unidade hospitalar;
- Construir um acervo de brinquedos, livros e atividades a serem utilizadas com as crianças hospitalizadas.

Local de implementação

O espaço destina a implementação da brinquedoteca, está alojada na unidade de internação da pediatria, garantindo o fácil acesso aos usuários e seus familiares.

Cronograma

A implementação da brinquedoteca está prevista para o primeiro trimestre, conforme abaixo:

ETAPAS	DURAÇÃO	
	Início	Término

<i>Levantamento dos materiais necessários</i>	1° mês	1° mês
<i>Adequações no espaço físico</i>	2° mês	2° mês
<i>Cotação e compra do material</i>	2° mês	2° mês
<i>Implementação</i>	3° mês	3° mês
<i>Implementação</i>	6° mês	Permanente

PROJETO CENTRAL HUMAMIZADA DE INTERNAÇÃO (CHI)

No setor hospitalar, até mesmo no âmbito privado, o momento da admissão é uma das etapas que concentram grande número de reclamações e insatisfações. No Hospital, tudo será pensado para que os usuários possam ter a melhor impressão na chegada a Unidade, obedecendo-se os princípios de Humanização preconizados no Sistema Único de Saúde – SUS.

Mais do que isso, a CHI também irá trabalhar o gerenciamento dos leitos, podendo otimizar as altas hospitalares, reduzir o tempo de espera para as novas internações, bem como aplicar metodologia de pesquisas de satisfação.

A Central Humanizada de Internação também irá servir de interface entre a Unidade de Saúde e as Centrais de Regulação correspondentes, de forma integrada e pactuada, visando otimizar a utilização do leito.

O objetivo principal é promover a equidade do acesso e da integralidade da assistência e ajustar a oferta às necessidades imediatas do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

A Unidade deverá estar apta a receber os pacientes e familiares de forma adequada e individual. Eles serão recebidos na recepção principal do Hospital e aguardarão os procedimentos em um ambiente adequado.

PROGRAMA DE SAÚDE DA COMUNIDADE

O programa propõe a execução das seguintes ações desenvolvidas pelos profissionais da Unidade na comunidade:

1. Ofertar atendimentos preventivos de cuidado e de atenção à saúde geral;
2. Disponibilizar práticas integrativas de saúde com alcance à população;
3. Desenvolver ações de psicoeducacional em promoção da saúde;
4. Articular parcerias intersetorial e interdisciplinar na promoção de eventos educativos de saúde junto à população;
5. Identificar as demandas de saúde junto à comunidade para o planejamento de futuras atividades.

Metodologia

Utilização de ferramentas de conscientização para prevenção de doenças e promoção em saúde, estimulando a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil.

PROJETO MUSICAL NO HOSPITAL

Como política de humanização, o INSTITUTO PATRIS, em parceria com outras instituições públicas e/ou privadas e voluntárias, promoverá o Projeto Musical nas dependências do Hospital.

Será realizado periodicamente no Hospital, em horários alternados, contará com apresentações de músicas e outras manifestações culturais de forma que beneficie pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores da unidade hospitalar.

Benefícios:

1. Fenômeno comprovado cientificamente, a arte traz sensação de bem estar ao ser humano;
2. É uma forma dos pacientes e colaboradores saírem da rotina;
3. Os pacientes se mostram visivelmente mais alegres com a música e assim, mais esperançosos com o tratamento;
4. A música é capaz de reduzir a ansiedade;
5. A arte possibilita o encontro interpessoal, contribuindo para a socialização dos pacientes, visitantes e colaboradores.

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do Hospital e *newsletters*. O Setor de Comunicação também promove ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

O Projeto Musical será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

ARTE NO HOSPITAL

O projeto Arte no Hospital, inserido no Programa de Humanização, em parceria com instituições públicas, privadas ou voluntárias, terá como objetivo levar exposições artísticas de temas variados para a unidade, promovendo o acesso à cultura por parte

de seus pacientes, acompanhantes e colaboradores, além de promover uma oficina de artes para os pacientes participarem.

A iniciativa revela-se resultados satisfatórios no tratamento de seus usuários. Com isso, observa-se que a arte também é um importante remédio.

O Projeto Arte no Hospital será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

HORA DA LEITURA

Com o objetivo de incentivar a leitura, minimizar e prevenir efeitos e sintomas negativos do tratamento em saúde, o projeto Hora da Leitura será implantado com a Coordenação do Serviço Social.

O projeto funcionará da seguinte forma: de segunda a sexta-feira um carrinho, que abriga a biblioteca itinerante, passa pelos corredores do hospital oferecendo o empréstimo de livros e revistas para os pacientes internados e para os acompanhantes.

COMUNICADORES DA ALEGRIA

Equipe de voluntários parceiros do Hospital visitará os pacientes, familiares e colaboradores e terão a oportunidade de contribuir no trabalho realizado para a cura dos enfermos. Vestidos de palhaços, os comunicadores levarão palavras positivas e brincadeiras para os pacientes atendidos nas Unidades de Internação e Ambulatório do Hospital.

O Projeto Comunicadores da Alegria será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

PROGRAMA DE ASSISTENCIA ESPIRITUAL E CAPELANIA HOSPITALAR

O Programa de Assistência Espiritual e Capelania Hospitalar consistirá em reunir voluntários de apoio espiritual das religiões católica, evangélica e espírita para dar assistência religiosa aos pacientes e acompanhantes presentes na unidade. Por respeitar a diversidade religiosa, o Hospital realizará de forma permanente cursos de capacitação e orientações sobre a unidade hospitalar a estes grupos de voluntários de apoio espiritual.

CÃO TERAPEUTA

A visita de animais no ambiente hospitalar auxilia na melhoria da qualidade de vida do paciente durante o período de internação. Tendo em vista que a atividade visita de animais também chamada de Terapia assistida por animais (A/TAA), tem sido muito utilizada há décadas em instituições de saúde, o Hospital irá implantar o projeto “Cão Terapeuta” em parceria com Organizações não Governamentais de animais.

O projeto terá como objetivo fazer com que o paciente desvie o foco da doença e possa ter momentos de descontração, socialização e alegria no durante sua permanência no hospital. Além de auxiliar no desenvolvimento da autoestima e autoconfiança do paciente, o mesmo também contribuiu significativamente para a melhoria do ambiente de trabalho nas enfermarias do Hospital.

A multidisciplinar do Hospital irá desenvolver um fluxo para acompanhar a entrada, permanência e saída dos animais, bem como um fluxo para autorização médica. Os animais são monitorados pela CCIH no que diz respeito ao estado de saúde do animal, exames parasitológicos a cada três meses e vacinas. As visitas poderão realizadas uma vez por mês, conforme programação e disponibilidade.

Com o acompanhamento do projeto serão esperados os seguintes resultados:

1. Maior integração e socialização entre pacientes, acompanhantes e colaboradores;
2. Afastamento do estado de dor do paciente;
3. Melhoria da autoconfiança diante do enfrentamento da doença;
4. Recreação, diversão e afastamento do isolamento;
5. Encorajamento das funções da fala;
6. Estímulo à memória.

O Projeto Cão Terapeuta será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

FESTEJAR A VIDA

O Projeto Festejar a vida será realizado semanalmente visando comemorar o aniversário dos pacientes internados nas enfermarias. Para a entidade, o dia do nascimento é lembrado como uma data significativa e mesmo estando em um momento de internação, não se pode esquecer que esta pessoa possui uma vida, lembrar do aniversário é lembrar da vida.

O Projeto será desenvolvido de forma conjunta pelo Setor de Comunicação Social, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

DOE VIDA

O Projeto Doe Vida será uma parceria com a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. Terá o objetivo de criar um espaço de diálogo sobre a temática doação de órgãos levantando questionamentos, informando e esclarecendo dúvidas.

O Projeto será desenvolvido de forma conjunta pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, Coordenação de Enfermagem, Setor de Psicologia, Serviço Social, entre outros departamentos.

DATAS COMEMORATIVAS – CAMPANHAS DE PREVENÇÃO, CONSCIENTIZAÇÃO E CELEBRAÇÃO

O Projeto das datas comemorativas possuirá 03 vertentes: proporcionar um espaço de reflexão sobre prevenção de doenças e cuidados com a saúde como por exemplo conscientização sobre diabetes, doenças renais e hipertensão. A segunda vertente é criar um espaço de diálogo sobre os direitos dos usuários do SUS, como dia do idoso e por fim comemorar datas importantes da saúde e outras como dia das mães, dia da mulher e o Natal.

Acontecerá mensalmente, e tem como objetivo proporcionar um espaço para reflexão sobre a prevenção de doenças, cuidados com a saúde e os direitos dos usuários do SUS, envolvendo os profissionais da equipe multidisciplinar.

Além disso potencializar a qualidade do atendimento oferecido, comemorando datas importantes e emblemáticas da sociedade.

As cores dos meses na prevenção de doenças:

JANEIRO - Branco: Mente sã, corpo sã. O primeiro mês do ano é um alerta sobre a saúde mental. As ações dessa campanha buscam ressaltar a importância de cuidarmos não só da parte física, mas como emocionais para o melhor equilíbrio e bem-estar.

FEVEREIRO - Roxo / Laranja: Apesar de ser mais curto que os demais, fevereiro é um dos meses com mais causas engajadas. O período é referente ao combate da conscientização da lúpus, do Mal de Alzheimer e da fibromialgia. O segundo mês do ano também tem uma campanha "alaranjada", para conscientizar sobre a leucemia.

MARÇO - Azul Escuro: A campanha durante todo o mês de março é voltada ao debate sobre a prevenção ao câncer colorretal.

ABRIL - Azul: É um dos meses que já tem campanha bem conhecida e estabelecida no mundo todo. O Abril Azul é voltado ao debate sobre o autismo, por causa do dia 02/04, que é data do "Dia Mundial de Conscientização do Autismo".

MAIO - Amarelo / Vermelho: O quinto mês do ano é destinado à prevenção de acidentes de trânsito. Já o "Maio Vermelho" tem como objetivo principal informar sobre a hepatite.

JUNHO - Vermelho: O laço vermelho do sexto mês do ano é indicativo para a importância de doar sangue. Isso se deve ao dia 14/06, o "Dia Mundial do Doador de Sangue". Junho ainda se colore de Laranja para a conscientizar sobre a anemia.

JULHO - Amarelo: O sétimo mês do ano ganha a cor amarelada para trazer à tona a conscientização sobre o câncer ósseo e também as hepatites virais.

AGOSTO - Dourado: Nesse mês, entre os dias 01 e 07, acontece a "Semana Mundial da Amamentação", por isso, o período é destinado às informações sobre o aleitamento materno.

SETEMBRO - Vermelho / Verde: O nono mês do ano fica vermelho para ressaltar a importância de cuidarmos da saúde do coração. O período também destaca ações sobre a doação de órgãos e a prevenção do câncer no intestino. Para essas duas campanhas, o mês se pinta de verde.

OUTUBRO - Rosa: Mais divulgado e conhecido por todo o mundo, o Outubro Rosa foi uma das primeiras campanhas criadas (Iniciou nos Estados Unidos na década de 1990) e é dedicado à conscientização sobre o câncer de mama.

NOVEMBRO - Azul: E se outubro é dedicado em maior parte à saúde feminina, novembro chega para os homens quebrarem seus preconceitos históricos. O novembro azul ganha também um logotipo em formato de bigode para conscientizar a pessoas sobre a importância de prevenir e combater o câncer de próstata. Além disso, a cor também serve para campanhas votadas aos cuidados da diabetes.

DEZEMBRO - Laranja / Vermelho: O ano se fecha com cores vibrantes. O "Dezembro Laranja", serve para conscientizar sobre a importância de combater o câncer de pele, enquanto o "Dezembro Vermelho", ressalta a necessidade de prevenir a AIDS.

4. ÁREA DE QUALIDADE



4.1. QUALIDADE OBJETIVA

Cabe ao Instituto Patris, na qualidade de parceiro do setor público da SES- GO, propor, implantar e desenvolver um Plano de Gestão para o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente, tendo em vista o pleno atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

Ao buscar a excelência dos serviços prestados, de acordo com legislação vigente, que determina a implantação e o funcionamento de comissões responsáveis pela padronização dos processos internos e pela qualidade e segurança dos serviços prestados aos pacientes, as comissões hospitalares ganham um papel de grande relevância na unidade hospitalar.

Essas comissões hospitalares são responsáveis pelo fortalecimento das iniciativas de padronização dos processos internos e pela qualidade e segurança dos serviços prestados aos usuários.

4.1.1. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Membros:

A Comissão de Ética Médica será composta por ao menos 3 (três) membros que participam das atividades inerentes à sua área de atuação e participarão de suas reuniões (ordinárias e extraordinárias) em condições de igualdade de manifestações de opinião e voto.

O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base Resoluções do CFM ou CREMEGO (Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás).

Todos os membros são considerados TITULARES.

A Comissão de Ética Médica será composta por:

I- Presidente da Comissão;

II- Secretário da Comissão;

III- Médicos das unidades;

Deverão ser eleitos pela equipe médica da unidade, devendo haver igual número de suplentes para os casos em que haja afastamento temporário de algum dos membros.

Finalidade:

Atender a Resolução do CFM E CRM no que se refere a obrigatoriedade da Comissão na unidade. Ademais, caberá a Comissão de Ética Médica fiscalizar o exercício da atividade médica na instituição a qual se encontra vinculada, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecidos aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão.

Caberá ainda a essa Comissão, instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício; colaborar com o CRM na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica; atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição onde funciona quanto à normas legais que disciplinam o seu comportamento ético; orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica; atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina; e promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à diretoria técnica da instituição.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA**CAPÍTULO I****DAS DEFINIÇÕES**

Art. 1º A Comissão de Ética Médica – CEM, por delegação do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás (CREMEGO), desempenha suas atribuições sindicantes, educativas e fiscalizados nesta unidade.

Art. 2º A CEM exerce suas funções sobre todos os médicos regularmente registrados no CREMEGO que exercem atividade assistencial didática, administrativa ou de pesquisa, incluindo aqueles não pertencentes ao seu Corpo Clínico, como os residentes e estagiários, mesmo que estas duas últimas categorias de médicos não participem das escolhas dos membros da CEM.

A CEM tem a função de ser um braço do CREMEGO junto a unidade, fiscalizando o exercício ético da Medicina pelos profissionais e pelos dirigentes da Instituição e instaurando sindicâncias éticas sempre que necessário.

Art. 3º A CEM é autônoma em relação à Administração do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, mantendo-se com a mesma, relação de assessoria em ações educativas, fiscalizadores e sindicantes.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA

Art. 4º A Comissão de Ética Médica possui a seguinte estrutura:

I- Presidente e suplentes;

II- Secretário da Comissão;

III-Apoio Administrativo;

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A CEM é composta por 3 (três) membros que participam das atividades inerentes a ela e de suas reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestações de opinião e de voto.

§ 1º O número de integrantes poderá ser alterado a qualquer momento, tendo como base resoluções do CFM ou CREMEGO;

§ 2º Todos os membros são considerados TITULARES da Comissão;

Art. 6º Os membros eleitos, escolherão por votação, o Presidente e o Secretário da Comissão.

Parágrafo único – No caso de vacância destes cargos, os membros da CEM, em votação e por aprovação da maioria, procederão a substituição dos membros que exercerão suas funções até o cumprimento do mandato.

Art. 7º Durante a gestão, os membros da CEM poderão, em qualquer momento, por maioria, em reunião previamente convocada para tal finalidade, colocar em votação a substituição e convocar nova eleição do seu Presidente e ou Secretário.

Art. 8º Não poderão integrar a CEM os médicos que exercem cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, bem como aqueles que não estejam regular com a CREMEGO.

§ 1º - Os membros da CEM, que posteriormente passarem a exercer cargos de direção técnica, clínica ou administrativa na instituição, 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 Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

I – Supervisionar, orientar e fiscalizar quanto ao exercício ético e legal da atividade médica;

II- Comunicar ao CREMEGO quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

III- Comunicar ao CREMEGO o exercício ilegal da profissão;

IV- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando ao CREMEGO quando houver indícios de infração ao CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, sem emitir juízo de valor, e quando ela for instaurada por solicitação daquele órgão;

V – Desenvolver atividade educativa através de discussão, divulgação e orientação sobre temas relativos a Ética Médica, mantendo diálogo regular com a Diretoria e responsáveis pelos Institutos, Departamentos e Comissões regulares da unidade;

VI – Fornecer subsídios à Direção da Unidade, visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

VII – Atuar preventivamente, conscientizando os médicos quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético, através de reuniões, e outros meios disponíveis;

VIII- Divulgar a CEM aos médicos da instituição, sua constituição, finalidade e localização. Todo material escrito de divulgação emitido pela CEM, seja para os médicos ou usuário, deverá ser previamente apresentado e aprovado nas reuniões regulares;

IX – Manter relações com a Comissão de Revisão de Prontuários e outras pertinentes, através do

exame dos relatórios, bem como colaborando na avaliação da qualidade dos prontuários dos pacientes;

Art. 10º Compete ao Presidente da CEM:

I- Representar a CEM perante as Direções do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, Comissões e CREMEGO;

II- Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

III- Convocar o Secretário, ou na ausência deste membro da CEM, substituí-lo em todas as suas funções durante seus impedimentos;

IV- Encaminhar ao CREMEGO os relatórios de sindicância devidamente apuradas e quando concluírem por indícios de infração do Código de Ética Médica, bem como aquelas que tiverem origem naquele órgão;

V- Indicar um ou mais membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar e elaborar relatórios à CEM, quando da apuração de sindicância, bem como responder às consultar referentes a assuntos éticos;

Art. 11º Compete ao Secretário da CEM:

I- Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais;

II- Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos a CEM;

III- Secretarias as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

IV- Supervisionar, lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos a CEM;

V – Manter em arquivo próprio os documentos relativos a CEM;

VI- Zelar pelo patrimônio disponibilizado ao Secretário da CEM;

VII- Proceder as convocações para as reuniões da CEM;

VIII- Proceder as convocações para as oitivas das reuniões;

IX – Lavrar os documentos referentes às reuniões;

X – Preservar os assuntos discutidos durante as reuniões e depoimentos.

Art. 12º Compete ao Apoio Administrativo;

I – Receber os expedientes encaminhados a CEM;

II – Estabelecer forma de registro e controle dos processos sob análise da CEM;

III- Manter arquivo da CEM em ordem;

IV- Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da CEM;

V- Lavrar, sob a supervisão do Secretário da CEM, o recebimento das cópias das atas das reuniões;

VI – Confecção de memorandos, ofícios e rotinas operacionais da CEM;

VII- Observar as regras da Instituição para o andamento dos trabalhos da CEM;

VIII- Observar as regras instituídas para a condução de processos administrativos, de recursos humanos e de materiais;

CAPÍTULO V

DAS ELEIÇÕES

Art. 13º - A escolha dos membros da CEM será feita mediante voto nas chapas formadas, com candidatos a serem membros da Comissão, podendo ser reeleitos, dela participando os médicos que exercem atividade assistencial, didática, administrativa e de pesquisa no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, e inscritos regularmente no CREMEGO, exceto os residentes e estagiários;

Art. 14º A convocação da eleição será feita pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás através de Edital de Convocação a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 15º Os candidatos à CEM deverão se inscrever individualmente, junto ao Diretor Técnico da instituição, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 16º Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em anexo à parte, pelo Diretor Clínico, por ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana antes da votação.

Art. 17º A CEM será composta por todos os candidatos pertencentes a chapa eleita, tendo sido nessa vigência eleitos 3 (três) membros.

Art. 18º A apuração deverá ser realizada imediatamente após o encerramento da votação pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados.

Art. 19º O resultado da eleição será lavrado em ata que deverá ser encaminhada ao CREMEGO para homologação e a quem compete dirimir dúvidas não resolvidas pela Comissão Eleitoral.

Art. 20º Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados, por escrito, dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após a eleição, e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e em segunda instância ao CREMEGO.

Art. 21º Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo CREMEGO 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. 22º O mandato da CEM terá validade de 30 (trinta) meses.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 23º A CEM deverá estabelecer seu calendário de reuniões ordinárias e reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo Presidente ou maioria dos seus membros.

Art. 24º As reuniões ordinárias e extraordinárias serão conduzidas pelo Presidente ou Secretário na ausência do primeiro, no dia e hora devidamente divulgados e com qualquer número dos membros presentes, após 15 (quinze) minutos do início previsto ou mesmo antes.

Parágrafo único- Na ausência do Presidente e Secretário, os membros presentes à reunião, escolherão o Presidente e Secretário que conduzirá a reunião.

Art. 25º Os atos da CEM relacionados a fiscalização ou sindicância, tem caráter sigiloso.

Art. 26º Todas as deliberações da CEM dar-se-ão por maioria simples dos presentes na reunião, sendo prerrogativa do Presidente o “voto minerva”, em casos de empate. Entretanto, a aprovação de relatórios de sindicância ou assuntos de importância relevante, somente poderá ocorrer com a presença dos 3 (três) membros.

Art. 27º As sindicâncias serão instauradas mediante:

I – Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;

II – Denúncia por escrito, da Diretoria Técnica;

III- Deliberação da própria CEM ao tomar conhecimento de assunto que mereça ser apurado;

IV- Determinação do CREMEGO.

Art. 28º Aberta sindicância, o Presidente indica um ou mais membros da CEM para proceder as averiguações, redigir o relatório com suas conclusões e apresentá-lo em reunião ordinária. O membro da CEM que se julgar impedido para determinada sindicância, poderá solicitar a sua substituição.

Art. 29º Instaurada a sindicância, a CEM notifica os citados, oferecendo-lhes a possibilidade de acesso aos documentos e de manifestação.

Art. 30º Os envolvidos na sindicância podem manifestar-se por escrito ao 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. 31º Todos os documentos relacionados com os fatos, tais como: cópias das oitivas, prontuário, que possam colaborar no esclarecimento dos motivos da sindicância, deverão ser devidamente numerados e juntados à sindicância.

Art. 32º O acesso aos documentos de qualquer sindicância é facultado somente às partes e aos membros da CEM.

Art. 33º Em qualquer momento, os envolvidos têm direito a consulta e cópias dos documentos constantes da sindicância e encaminhar manifestações, estando sujeitos ao sigilo processual, podendo ser responsabilizados por eventual quebra.

Art. 34º Terminada a coleta de informações, a CEM reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, jamais emitindo juízo de valor.

Art. 35º O membro da CEM presente na reunião que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas, improrrogável, até a realização da próxima reunião.

Art. 36º Encerrada a sindicância as partes envolvidas devem ser informadas do resultado e esclarecidas sobre a possibilidade do recurso junto ao CREMEGO, caso não se considerem satisfeitos com as conclusões.

Art. 37º Constatada a existência de indícios de infração ao Código de Ética Médica, a sindicância deverá ser encaminhada ao CREMEGO, para a competente tramitação.

Art. 38º Constatada a existência de indícios de infração Administrativa, o fato deverá ser comunicado à Diretoria do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, para as providências cabíveis.

Art. 39º Em caso de sindicâncias consideradas de menor gravidade pela CEM, que não tenham acarretado danos a terceiros, poderá ser proposta a conciliação entre as partes envolvidas "ad referendum" do CREMEGO.

§ 1º Havendo a conciliação, a CEM lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º Não havendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal, com envio de relatório ao CREMEGO.

Art. 40º O membro da CEM, envolvido em sindicância não participará das discussões da análise e da votação final do referido expediente.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 41º Os casos omissos serão discutidos e encaminhados ao CREMEGO para manifestação.

Art. 42º Este Regimento Interno poderá ser alterado de acordo com futuras Resoluções do Conselho Federal de Medicina, do CREMEGO e quando a CEM julgar necessário.

Art. 43º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											

Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.2. COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

Membros:

A Comissão de Ética em Enfermagem, é formada por enfermeiros e técnicos de Enfermagem como membros efetivos e com seus respectivos suplentes, se houver, de acordo com a Resolução COFEN 593/2018 e Decisão COREN/GO 469/2014, que normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética assumindo função educativa, consultiva, de conciliação, de orientação e vigilância do exercício profissional, ético e disciplinar de Enfermagem.

A Comissão de Ética em Enfermagem da unidade de saúde é órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, em caráter permanente.

A Comissão de Ética de Enfermagem será um órgão que estará subordinado ao COREN-GO e assessorará Direção Geral e Gerência de Enfermagem da unidade de Saúde, terá um presidente, um secretário e membros efetivos e suplentes e a função de presidente deverá ser exercida exclusivamente por enfermeiro (a). A Comissão de Ética de Enfermagem tem seus membros, preferencialmente, escolhidos por meio de voto facultativo, direto e secreto, pelos profissionais da equipe de Enfermagem do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, onde o Enfermeiro Responsável Técnico – Gerente do Serviço de Enfermagem designará uma comissão eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito, nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade e representantes do COREN-GO e norteadas por Regimento Interno com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação à comunidade interna de colaboradores. Atuação da Comissão é técnico – científica-educativa e sigilosa, não podendo ser punitiva ou coercitiva. As diretrizes para as ações educativas serão definidas nas reuniões da Comissão e motivadas pelo Presidente em exercício em conformidade com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) Resolução Cofen nº 0564/2017.

Como objetivo de implantar os princípios de uma gestão participativa junto à unidade de saúde, a Comissão, de modo fundamentado, poderá levar suas orientações à diretoria da unidade competente pelo tema, a fim de adotar as referidas orientações. Caso a diretoria não adote referidas orientações, a Comissão poderá encaminhar a matéria ao diretor presidente da organização social, expondo suas razões.

Membros:

A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o quadro funcional de enfermagem do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, tendo um Presidente e um Secretário como membros titulares.

I- A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem.

II- Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;

III- Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando esse for enfermeiro).

Finalidade

As ações da Comissão de Ética de Enfermagem, no âmbito da qualidade abrange a definição das ações que visem:

I – Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

II – Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que julgar necessárias;

III- Denunciar as instâncias superiores, inclusive ao COREN, as eventuais más condições de trabalho na instituição;

IV- Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

V- Assessorar a Gerência de Enfermagem, Diretorias Técnica e Geral dentro de sua área de competência;

VI – Orientar a diretoria responsável da unidade com relação as práticas que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação;

VII- Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREM-GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão de Ética de Enfermagem junto à Administração e ao Departamento de Enfermagem.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Ética de Enfermagem, tem por finalidade a definição das ações que visem orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

Art. 3º A Comissão tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem, verificando as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;

Art. 4º Denunciar as instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), as eventuais más condições de trabalho na instituição;

Art. 5º Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.

Art. 6º Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional.

Art.7º Colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art.8º Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem divulgando resoluções, normas e pareceres;

Art. 9º Assessorar o Coordenador Geral e de Enfermagem dentro de sua área de competência;

Art. 10º Realizar sindicância a pedido de interessados, enfermeiros, COREN - GO ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 11º A Comissão de Enfermagem será composta por: 01 presidente, 01 secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: enfermeiro e técnico de enfermagem, com vínculo empregatício com a instituição.

Parágrafo único – O cargo de Presidente somente poderá ser ocupado por enfermeiro.

Art. 12º As Comissões de Ética serão compostas por: 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 enfermeiros e 2 técnicos ou auxiliares de enfermagem e número de suplentes idêntico.

Art. 13º O tempo de mandato das CEEenf será de 3 (três) anos, sendo admitida uma recondução.

Art. 14º Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos.

Art. 15º Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem (quando este (a) for Enfermeiro.

Art. 16º A Comissão de Ética de Enfermagem será composta por membros enfermeiros e técnicos de enfermagem, que atendam os seguintes critérios:

- Não estar exercendo a função de coordenador geral ou gerente de enfermagem na unidade;

- Estar em pleno gozo dos direitos profissionais e civis e não ter condenação em processos de qualquer natureza relacionados ao exercício de sua função;

- Ter no mínimo 02 (dois) anos de inscrição definitiva e estar em dia com as obrigações junto ao COREN;

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 17º Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem da Instituição, através da análise das intercorrências notificadas por meio de denúncia formal e auditoria;

Art. 18º Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem;

Art. 19º Colaborar com o COREN, no combate ao exercício ilegal da profissão e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à Ética dos profissionais de enfermagem.

Art. 20º Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;

Art. 21º Conscientizar os profissionais de Enfermagem da necessidade e importância da necessidade e importância do comportamento ético-profissional e das implicações da atitude;

Art. 22º Assessorar e orientar o Diretor Geral e Gerente de Enfermagem da unidade de saúde, os membros da equipe, clientes e familiares, as questões éticas, emitindo parecer, inclusive sobre projetos de pesquisas que envolvem profissional de enfermagem.

Parágrafo único- Encaminhar, por escrito, orientações à unidade competente pelo tema e, em caso de recusa quanto à implantação das orientações, levar a matéria ao diretor presidente da organização social.

Art. 23º Fiscalizar o exercício ético dos profissionais de Enfermagem, incluindo a averiguação de denúncias e encaminhamentos necessários e das condições oferecidas pela Instituição para o desempenho profissional.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 24º A Comissão de Ética de Enfermagem do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, terá sede, a ser disponibilizada pela unidade de saúde, com infraestrutura básica para seu pleno funcionamento. A Direção Geral e Gerência de Enfermagem da Instituição garantirá condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética;

Art. 25º As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem serão realizadas mensalmente, com agendamento anual estabelecido e convocadas pelo Presidente; com local e horário, previamente definidos e informados;

Art. 26º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário;

Art. 27º As deliberações da Comissão de Ética de Enfermagem serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate;

Art. 28º Os casos omissos, deverão ser resolvidos pelo COREN;

Art. 29º Todos os membros serão nomeados pelo Conselho Regional de Enfermagem e Diretoria Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD. Os cargos de presidente e secretário poderão ser definidos pela Comissão de Ética de Enfermagem em votação simples pelos membros;

Art. 30º Poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões e ações da Comissão, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 31º As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem deverão ser registradas em ata e encaminhada ao Núcleo de Qualidade e Diretorias do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos presentes, resumo do expediente e decisões tomadas.

Art. 32º O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser anexado a ata da reunião ordinária ou extraordinária.

Art. 33º Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Art. 34º Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da Comissão em eventos formais, institucionais ou extra institucionais sem que para isso esteja devidamente autorizado pelo presidente; em caso de impedimentos do mesmo, e em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 35. São atribuições da Comissão de Ética de Enfermagem:

I- 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 exaradas pelo COFEN e decisões do COREN-GO.

II- Colaborar com o COREN na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem;

III- Comunicar ao COREN a ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestado ao cliente;

IV- Comunicar ao COREN o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes;

V- Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo encaminhando-a ao Coordenador de Enfermagem, para as providências administrativas se houver e ao COREN, conforme norma própria;

VI- Solicitar ao Presidente do COREN, apoio técnico de um Conselheiro, quando o fato ocorrido assim o requeira;

VII – Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolado todos os documentos elaborando relatório para arquivamento na Instituição e enviando ao COREN, via web, formulário disponibilizado pelo Conselho;

VIII- Comunicar ao COREN indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de Saúde da Instituição;

IX – Manter junto ao COREN o cadastro dos profissionais de enfermagem atualizado;

X- Propor e participar em conjunto com o Coordenador de Enfermagem ações preventivas junto à equipe de Enfermagem.

Art. 36. São atribuições do Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;

II- Planejar e controlar as atividades programadas;

III- Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à Direção Geral e de Enfermagem para ciência e demais providências administrativas;

IV – Elaborar relatório de acordo com o preconizado e encaminhar ao COREN;

V – Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores inclusive no COREN;

VI – Solicitar ao Presidente do COREN, apoio da Superintendência Técnica, quando o caso assim requeira;

VII- Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;

VIII- Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências;

Art. 37º São atribuições do Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Secretariar as reuniões e registrá-la em ata;

II – Verificar o quórum nas sindicâncias;

III- Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética de Enfermagem;

IV – Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;

V- Organizar arquivo referente aos relatórios da sindicância; Art. 38º São atribuições dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

I – Eleger presidente e secretário;

II – Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;

III – Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles que vierem responder sindicâncias;

IV- Desenvolver demais atribuições previstas no presente regimento;

V- Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros;

VI- Nenhum membro da Comissão de Ética de Enfermagem, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

CAPÍTULO VII

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 39º A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I – Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II – Denúncia por escrito do Responsável Técnica de Enfermagem;

III- Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem;

IV – Determinação do Conselho Regional de Enfermagem;

Art. 40º - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem 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, manifestação por escrito.

Parágrafo único: O profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, deverá ser encaminhado para análise do COREN;

Art. 41º Todos os documentos relacionados com os fatos, quais seja, cópias dos prontuários, livros de registro administrativos, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo único – O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 42º O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem nomeará um membro sindicante para realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 43º Concluída a coleta de informações, a Comissão deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, sem emitir juízo.

Parágrafo único - Caso necessário, a Comissão poderá solicitar diligências para melhorar elucidar os fatos.

Art. 44º Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada à Comissão de Ética de Enfermagem para a tramitação competente.

Art. 45º Quando o fato for de menor gravidade e não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatórios para o COREN.

Parágrafo primeiro – Ocorrendo à conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

Parágrafo segundo- Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Art. 46º Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VIII

DAS ELEIÇÕES

Art. 47º Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto de todos os profissionais de enfermagem da instituição.

Art. 48º A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral, composta de 03 (três) profissionais de enfermagem, que serão responsáveis pela organização, apuração, divulgação dos resultados do pleito.

Parágrafo primeiro – Enquanto a instituição não possuir Comissão de Ética de Enfermagem, a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pelo Enfermeiro que ocupa o cargo de Responsável Técnico de Enfermagem.

Parágrafo segundo – Os membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Coordenação de Enfermagem na instituição ou Diretoria de Entidade de Classe de Enfermagem.

Parágrafo Terceiro – A convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias da data estabelecida para as inscrições das chapas.

Parágrafo quarto – Todas as categorias de Enfermagem presentes na instituição deverão estar representadas na chapa.

Art. 49º Somente poderá votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício efetivo na instituição.

Art. 50º A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo a metade mais um dos profissionais em condições de votar.

Art. 51º As chapas inscritas poderão indicar no momento da inscrição até 02 fiscais para acompanhar o processo eleitoral e fiscalização na apuração.

Art. 52º Não será computado as cédulas rasuradas ou que contiverem qualquer vício, inclusive que possibilite a violação do sigilo do voto.

Art. 53º Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo 48 (quarenta e oito) horas após as eleições

e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral e em seguida e última instância ao COREN.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 54º A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, ou por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes a Comissão de Ética de Enfermagem, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida à apreciação do Enfermeiro Responsável Técnico e da Diretoria Geral.

Art. 55º Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM - CEENF											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Abertura para Candidatura	X											

Eleição		X										
Estruturação dos membros da comissão		X										
Definição das atribuições		X										
Aprovação do regimento interno da comissão		X										
Aprovação dos membros da comissão		X										
Reunião ordinária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários			X									
Revisar e aprovar documentos produzidos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

forma de identificar melhorias nos processos												
Emitir parecer sobre os casos analisados			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4.1.3. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Membros:

A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com profissionais representantes dos setores envolvidos.

São eles:

I- Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

II- Representante da Diretoria;

III- Corpo Clínico;

IV- Setor de farmácia;

V -Laboratório de microbiologia;

VI- Enfermagem;

VII- CME;

VIII – SADT;

IX – Representante da nutrição;

X – Representante do SESMT.

Finalidade:

Tem por finalidade o desenvolvimento do programa de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considera-se programa de controle de infecções ambulatoriais o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções na unidade.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

DA CATEGORIA, FINALIDADE, VINCULAÇÃO

Art. 1º - A Comissão de Controle de infecção hospitalar do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é de natureza técnico – científica permanente.

Art. 2º - A CCIH tem por finalidade o desenvolvimento do Programa de Controle de infecção hospitalar - PCIH.

Parágrafo primeiro – Considera-se Programa de Controle de Infecções Ambulatorial o conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível de incidência e da gravidade das infecções na unidade.

Parágrafo segundo- Entende-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção que se manifeste durante a internação (hospital/dia) (afastando-se possibilidades de ser adquirida antes da investidura do paciente na unidade) ou mesmo após a alta (48 horas), quando puder ser relacionada com a permanência na unidade.

Art. 3º A CCIH vincula-se diretamente a Diretoria Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD. A obrigatoriedade da manutenção do programa de controle de infecção hospitalar pelas unidades de saúde do Brasil é determinada pela Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de assessoria e auditoria da Direção, que tem a finalidade de orientar, normatizar, executar e supervisionar as normas e procedimentos, para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Considera-se como Vigilância Epidemiológica das Infecções Ambulatorial a observação ativa, sistemática, continua da ocorrência e de distribuição das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) em pacientes hospitalizados ou não, dos eventos e condições que aumentam os riscos de IRAS com a execução oportuna das ações de prevenção e controle.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I – DA ESTRUTURA

Art. 4º A estrutura da CCIH compreende:

I – Colegiado;

II – Serviço de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (SCIRAS);

SEÇÃO II – DA COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 5º A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional, com profissionais representantes das Unidades envolvidas diretamente no referido programa.

São eles:

I- Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

II- Representante da Diretoria;

III- Corpo Clínico;

IV- Setor de farmácia;

V -Laboratório de microbiologia;

VI- Enfermagem;

VII- CME;

VIII- Setor de Procedimento;

IX – SADT;

X – Representante da nutrição;

XI – Representante do SESMT.

SEÇÃO III DA COMPOSIÇÃO DO SCIRAS

Art. 6º O serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência a Saúde (SCIRAS) é o órgão executivo da CCIH conforme estabelecido na Portaria 2.616 de 12 de maio de 1998.

Art. 7º O SCIRAS deverá ser integrado por profissionais com conhecimento em doenças infectocontagiosas, epidemiologia e estatística. O presidente da CCIH será membro do SCIRAS conforme designação da Diretoria Geral.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA CCIH

Art. 8º A CCIH compete:

I – Elaborar, implantar, manter e avaliar o Programa de Controle de infecção hospitalar (PCIH) no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

II- Estabelecer diretrizes para desenvolvimento do Programa de Controle de infecção hospitalar;

III- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para controle das infecções ambulatoriais;

IV – Elaborar, rever e atualizar normas, que visem à uniformização de medidas para a prevenção, controle e contenção das infecções relacionadas a assistência à saúde;

V- Planejar normas para estudos e pesquisas epidemiológicas;

VI- Analisar os relatórios apresentados pelo SCIRAS mensalmente;

VII – Estabelecer programa de racionalização do uso de antimicrobianos;

VIII- Elaborar normas para promover educação dos profissionais da assistência à saúde (PAS) do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

IX- Estabelecer normas referentes à problemática de infecção relacionada a assistência ambulatorial nos setores de equipamento, rouparia, materiais de consumo, hidráulica, eletricidade, ar-condicionado, cozinha, lixo, transporte, limpeza, saneamento, antissepsia, esterilização e desinfecção;

X- Examinar e proceder a adequação dos projetos de modificação de planta física, no tocante às infecções relacionadas a assistência à saúde;

XI- Propor, em conjunto com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, medidas necessárias à prevenção e controle de doenças infecciosas;

XII- Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas ao controle de infecção hospitalar.

SEÇÃO II – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO SCIRAS

Art. 9º Compete ao SCIRAS:

I- Implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecções relacionados a assistência à saúde adequado às características e necessidades da Instituição de acordo com diretrizes da CCIH;

II- Manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas a causas da unidade de saúde;

III- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado;

IV- Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação das normas técnicas administrativas visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

V – Executar programa de racionalização de uso de antimicrobianos e germicidas;

VI- Regulamentar medidas de isolamento e supervisionar sua aplicação;

VII- Elaborar e divulgar relatório contendo, no mínimo, as seguintes informações, por serviço (unidade de internação) e referentes a toda a unidade:

a) taxa de pacientes com infecção hospitalar;

b) taxa de infecção hospitalar;

c) estrutura percentual das várias localizações topográficas no paciente;

VIII- Elaborar semestralmente, relatório com coeficiente de sensibilidade resistência dos germes mais frequentemente encontrados associados a infecções na unidade, aos antimicrobianos padronizados;

IX- Promover medidas de contenção de surtos infecciosos que venham a ocorrer propondo medidas a serem executadas;

X- Acompanhar modificações de planta física do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, verificando sua adequação em relação ao problema de infecção;

XI- Emitir parecer técnico sobre a aquisição de materiais de consumo, equipamentos cujo uso possa facilitar infecção;

XII- Supervisionar, nas diversas unidades, as condições de armazenamento de materiais de consumo previamente esterilizado, a fim de garantir a validade da esterilização;

XIII- Promover a formação, treinamento e aprimoramento de recursos humanos na área.

XIV- Cooperar com o Núcleo de Segurança do Paciente nas ações relacionadas à vigilância das infecções;

SEÇÃO III- DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES GERAIS DO

PRESIDENTE CCIH

Art. 10º Ao Presidente da CCIH/SClRAS incumbe: dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do SClRAS e reuniões da CCIH.

I- Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

II- Promover a convocação formal das reuniões;

III- Representar a CCIH em suas relações internas e externas;

IV- Tomar parte nas discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate;

V- Indicar os membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VI- Promover a interação do SCIrAS com a equipe multiprofissional da instituição.

SEÇÃO IV – DAS ATRIBUIÇÕES DO SECRETÁRIO

Art. 11º - Ao profissional compete:

I – Assistir e redigir as reuniões;

II- Encaminhar o expediente da CCIH;

III- Preparar o expediente a ser submetido a CCIH;

IV- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões;

V- Providenciar os cumprimentos das diligências determinadas;

VI- Lavrar as atas das reuniões da CCIH /SCIrAS;

VII- Providenciar a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, dentro dos prazos regimentais;

VIII- Elaborar a pauta dos assuntos/expedientes que serão analisados nas reuniões;

IX- Propor e implantar ações administrativas para a manutenção do sigilo quanto ao conteúdo dos assuntos em discussão na CCIH;

X- Assistir ao Presidente na condução dos trabalhos da Comissão;

SEÇÃO V – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA DIRETORIA GERAL

Art. 12º Compete a Diretoria do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

I- Nomear a CCIH de ato próprio;

II- Proporcionar a infraestrutura necessária para correta operacionalização da CCIH e do SClrAS;

III- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno;

IV- Garantir a participação do presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da Instituição.

SEÇÃO VI – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS

Art. 13º - Aos representantes, membros da CCIH /SClrAS compete:

I- Realizar a vigilância epidemiológica das infecções;

II- Fazer investigações de surtos de detecção de pseudosurtos segundo os fatores de riscos ou condições clínicas epidemiológicas desfavoráveis;

III- Ajudar a escrever e divulgar os padrões sobre precauções para controle das IRAS;

IV- Controle do uso de antimicrobiano, feito à nível de farmácia. Racionalizando o seu uso;

V- Ajudar a coordenar o SCIRAS/ CCIH;

VI- Promover interação com o corpo clínico, no que diz respeito ao controle e infecção;

VII- Padronização e orientação do uso de antimicrobianos usados de forma terapêutica, empírica ou profilática;

VIII- Fazer acompanhamento e controle do uso de antibiótico prolongado;

IX – Controle do tempo de uso de antibiótico juntamente com a farmácia;

X- Controle da resistência e/ou de sensibilidade dos principais germes das infecções;

XI- Ajudar na reciclagem de funcionários, assim como participar junto com o departamento de Recursos Humanos no processo de admissão de novos funcionários;

XII- Orientar e indicar medidas de isolamento e precauções padrões;

XIII- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes, de acordo com as normas de isolamentos padronizadas pela CCIH;

XIV – Acompanhar projetos, reformas e adaptações das instalações prediais;

XV- Manter-se atualizado na área de infecção relacionada à Assistência à Saúde;

XVI- Propor e executar medidas de prevenção e controle da IRAS;

XVII- Incentivar e efetivar a realização de cursos e treinamentos, visando o aprimoramento de técnica cirúrgica em procedimentos invasivos;

XVIII- Propor e participar da adequação e padronização de formulários e pedidos;

XIX- Estabelecer o intercâmbio de informações, sugestões e orientação a todas as unidades;

XX- Periodicamente fazer revisão dos protocolos da Prevenção de Controle de infecção hospitalar;

SEÇÃO VII- DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

Art. 14º Compete ao profissional de enfermagem da CCIH /SCIRAS, dentre outras funções:

I- Realizar a vigilância epidemiológica das Infecções Ambulatoriais através do método de busca ativa;

II- Estabelecer e manter registro de infecções por paciente dentro do ambulatório;

III- Fazer a investigação de surtos envolvendo materiais suspeitos de contaminação para investigação bacteriológica e/ou toxicológica;

IV- Realizar visita às unidades de internação e aos diversos setores da unidade para detectar inadequações, bem como fornecer recomendações, realizando o treinamento em serviço;

V- Monitorar a qualidade de esterilização das autoclaves solicitando relatórios ao coordenador da CME mensalmente;

VI- Acompanhar o plano de limpeza, desinfecção e esterilização para os diversos setores da unidade em áreas críticas e semicríticas;

VII- Normatizar, junto com outros membros de CCIH /SCIRAS o uso de germicidas;

VIII- Fornecer junto com outros membros de CCIH /SCIRAS parecer técnico quanto à aquisição de materiais e equipamentos, bem como reformas de instalações prediais;

IX- Elaborar normas para prevenção e controle de infecções ambulatoriais;

X- Avaliar, treinar e orientar profissionais da saúde quanto aos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização;

XI- Elaborar e desenvolver projetos de pesquisa em controle de infecção hospitalar;

XII- Acompanhar e examinar os curativos dos pacientes internados, supervisionando sua execução pelo pessoal de enfermagem;

XIII- Realizar e/ou supervisionar a sondagem vesical na técnica correta, verificar uso de coletor fechado quando indicado e verificar tempo máximo de permanência;

XIV- Colaborar com a atualização da equipe de saúde, em relação a novas técnicas utilizadas;

XV- Rever e normatizar a indicação de procedimentos invasivos, juntamente com os demais membros da CCIH;

XVI – Manter atualizado na área de controle de infecções relacionada a assistência à saúde;

XVII – Cumprir e fazer cumprir as determinações de Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1988.

XVIII- Revisar dados, levantados semanalmente, com os membros da CCIH;

XIX – Promover a revisão e atualização de rotinas e procedimentos, visando a diminuição dos índices de infecção;

XX- Supervisionar a aplicação correta pelos serviços de limpeza, dos germicidas e outros produtos saneantes;

XXI – Supervisionar a correta esterilização e desinfecção de materiais e setores críticos, no que se refere ao tempo de contato, manipulação adequadas e acondicionamento seguro;

XXII – Supervisionar a atividade das unidades de esterilização e rouparia;

XXIII- Supervisionar a correta inutilização ou destino do material descartável, prazo de validade, embalagens seguras, etc.;

XXIV- Investigar os casos de surtos e propor medidas imediatas de controle;

XXV- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de infecção hospitalar (PCIH);

SEÇÃO VIII – DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DO FARMACÊUTICO

Art. 15º Compete ao profissional dentre outras

I- Participar ativamente, através dos mapas a serem elaborados pela farmácia de controle e consumo de antimicrobianos, mapas de sensibilidade/resistência elaborada pelo laboratório de análises clínicas de padronização de antimicrobianos na instituição;

II- Fornecer mensalmente o levantamento de consumo, custos e frequência de uso antimicrobiano por unidade;

III- Participar e acompanhar as tramitações de medicamentos, germicidas e correlatos, analisando a qualidade destes produtos, validade, procedência e legalidade;

IV- Supervisionar o acondicionamento adequado dos germicidas, medicamentos e correlatos, visando a conservação e a eficácia dos mesmos;

V- Preparar ou supervisionar o preparo de soluções, parentais, aminoácidos e outras preparações farmacêuticas de uso magistral ou oficial;

VI – Controlar sob sua responsabilidade técnica e de direção, o uso de drogas tóxicas, ou sujeitas ao regime especial de Vigilância Sanitária (psicotrópicos e entorpecentes);

VII- Estabelecer padronização e o controle de qualidade do material médico hospitalar;

VIII- Auxiliar a farmácia com medidas que garantam o tratamento adequado com antimicrobiano;

IX- Notificar o médico do SCIRAS, posologia e associações incorretas de antimicrobianos.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art.16° - A CCIH reunir-se-á ordinariamente cada mês e extraordinariamente por convocação do Presidente ou em decorrência de proposição da maioria simples de todos os membros. Serão realizadas com presença da maioria absoluta de seus membros, e em segunda convocação, com qualquer número.

Art. 17° - O SCISS reunir-se-á ordinariamente semanalmente e extraordinariamente por convocação de sua Chefia ou em decorrência de preposição da maioria simples dos seus componentes.

PARAGRÁFO ÚNICO - as reuniões deverão obrigatoriamente ser registradas em atas escritas que quando solicitadas são apresentadas como documentos ao sistema de vigilância sanitária das diferentes instâncias municipal, estadual e federal.

Art. 18° O Colegiado da CCIH instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 10 componentes;

Art. 19° Quando a pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de quórum;

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º O Presidente da CCIH conjuntamente com seus membros específicos, poderão definir resoluções para situações não previstas no presente Regimento.

Art. 21º - O presente regimento interno poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, através da maioria absoluta de seus membros, submetida ao Diretor Geral.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento	X											

interno da comissão												
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI					X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos					X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.4. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DE COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é, segundo a legislação brasileira, uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária, que tem a finalidade de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - CIPA do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, abordará as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes de atividades laborais.

Membros:

Os membros da CIPA deverão ser em 50% indicados pelo Diretor Geral e os outros 50% eleitos pelos colaboradores da unidade, em processo eleitoral formalmente instituído. O tempo de duração da CIPA será de um ano podendo ocorrer reeleição para o ano seguinte. Os candidatos eleitos deverão participar do curso de cipeiros, com duração de 20 horas e direito a certificado de participação.

O dimensionamento da CIPA se dá do seguinte modo:

*GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0	20	30	51	81	101	121	141	201	501	1001	2501	5001	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
		19	29	39	60	100	120	140	200	500	1000	2500	5000	10.000	
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12	2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15	2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12	2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11	2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9	1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10	2

Finalidade:

I- Observar e relatar condições de risco no ambiente de trabalho e solicitar medidas para reduzir e até eliminar os riscos existentes e/ou neutralizar os mesmos;

II- Discutir os acidentes ocorridos e solicitar medidas que previnam acidentes semelhantes;

III- Orientar os demais trabalhadores quanto à prevenção de acidentes;

IV- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

VI- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

VII- 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;

VIII- divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

IX – realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA JUSTIFICATIVA LEGAL

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD será instituída em atendimento a Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978- Norma Regulamentadora - NR 5 do Ministério do Trabalho e Emprego.

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem por objetivo desenvolver atividades voltadas à prevenção de acidentes do trabalho e de doenças profissionais, à melhoria das condições de trabalho dos empregados da Unidade.

Art. 2º - Para cumprir seu objetivo, a CIPA deverá desenvolver as seguintes atividades:

I. Realizar inspeções nos respectivos ambientes de trabalho, visando à detecção de riscos ocupacionais;

II. Estudar as situações de trabalho potencialmente nocivas à saúde e ao bem estar dos empregados, estabelecendo medidas preventivas ou corretivas para eliminar ou neutralizar os riscos existentes;

III. Investigar as causas e consequências dos acidentes e das doenças associadas ao trabalho e acompanhar a execução das medidas corretivas até a sua finalização;

IV- Discutir todos os acidentes ocorridos no mês, visando cumprir o estabelecido no item anterior;

V- Realizar, quando houver denúncia de risco ou por iniciativa própria, inspeção no ambiente de trabalho, dando conhecimento dos riscos encontrados ao responsável pela área, à chefia da Unidade e ao Setor de Segurança do Trabalho;

VI. Promover a divulgação das normas de segurança e medicina do trabalho, emitidas pelos setores de Segurança e Medicina do Trabalho, zelando pela sua observância;

VII. Despertar o interesse dos empregados pela prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, por meio de trabalho educativo, estimulando-os a adotar comportamento preventivo;

VIII. Participar de campanhas de prevenção de acidentes do trabalho promovidas pela Unidade;

IX. Promover em conjunto com o setor de Segurança do Trabalho, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho - SIPAT;

X. Promover a realização de cursos, treinamentos e campanhas que julgar necessários para melhorar o desempenho dos empregados quanto à Segurança e Medicina do Trabalho e outros afins

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ELEIÇÃO E MANDATO

Art. 3º A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.

§ 1º - O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de colaboradores da unidade, conforme norma regulamentadora em vigor.

Art. 4º - Os representantes do empregador serão indicados pela direção da Unidade.

Art. 5º - Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

§ 1º É ilimitado o número de inscrições de candidatos para a representação dos empregados.

§ 2º Em caso de empate, assumirá o empregado que tiver mais tempo de serviço na Unidade.

§ 3º O mandato dos membros terá a duração de 1 (um) ano, com direito à reeleição para os titulares e suplentes da representação dos empregados.

§ 4º - As eleições serão convocadas 60 (sessenta) dias antes do término do mandato da CIPA em vigor, devendo ser realizadas de modo a permitir que nos 30 (trinta) dias antecedentes ao início do mandato possam os novos membros preparar-se para exercer suas funções.

§ 5º O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da votação.

§ 6º - O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice- Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

§ 7º - O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

§ 8º - O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da votação.

§ 9º - O cargo de Presidente será escolhido pelo empregador e do Vice- Presidente pelos membros da CIPA, entre os titulares eleitos.

§ 10º - O Presidente da CIPA será substituído pelo Vice-Presidente nos seus impedimentos eventuais, afastamentos temporários ou afastamento definitivo.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Art. 6º - A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em sede disponibilizada dentro das instalações do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento.

§ 1º - O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

§ 2º - Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado.

§ 3º - As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

§ 4º - A CIPA deverá apresentar mensalmente, por meio de material escrito, relatório de suas atividades.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7º - Compete ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;

II. Determinar tarefas para os membros da CIPA;

III. Presidir as reuniões, encaminhando à Direção da Unidade as recomendações aprovadas e acompanhar a sua execução;

IV. Manter e promover o relacionamento da CIPA com os setores de Segurança e Medicina do Trabalho.

Art. 8º - Compete aos Secretários da CIPA:

I. Elaborar as atas das eleições da posse e das reuniões, registrando-as em livro próprio;

II. Preparar a correspondência geral e as comunicações para as reuniões;

III. Manter o arquivo da CIPA atualizado;

IV. Providenciar para que as atas sejam assinadas por todos os membros da CIPA.

Art. 9º - Compete aos membros da CIPA:

I. Elaborar o calendário anual das reuniões da CIPA;

II. Participar das reuniões da CIPA, discutindo os assuntos em pauta e deliberando sobre as recomendações;

III. Investigar os acidentes de trabalho, isoladamente ou em grupo e discutir os acidentes ocorridos;

IV. Frequentar o curso para os componentes da CIPA, na forma que vier a ser regulamentado;

V. Cuidar para que todas as atribuições da CIPA sejam cumpridas durante a respectiva gestão.

Art. 10º - Compete ao Empregador:

- I. Proporcionar os meios necessários para o desempenho integral das atribuições da CIPA;
- II. Possibilitar uma sala própria para a CIPA desenvolver suas atividades;
- III. Autorizar o fornecimento de material de escritório completo e outros que forem necessários para o desenvolvimento das atividades da CIPA;
- IV. Assessorar a implantação da CIPA;
- V. Zelar pelo cumprimento das normas de Segurança e Medicina do Trabalho estabelecidas pelo órgão competente;
- VI. Divulgar amplamente as atividades da CIPA entre os empregados.

Art. 11º - Compete aos Empregados:

- I. Eleger seus representantes na CIPA;
- II. Informar à CIPA a existência de condições de risco ou ocorrência de acidentes e apresentar sugestões para melhorias das condições de trabalho;
- III. Observar as recomendações quanto à prevenção de acidentes, transmitidas por membros da CIPA;
- IV. Informar à CIPA a ocorrência de todo e qualquer acidente de trabalho.

Art. 12º- Ao término do processo eleitoral, o presidente da comissão eleitoral terá o prazo máximo de 10 (dez) dias para encaminhar ao Ministério do Trabalho cópia das

atas de eleição e de posse dos membros eleitos e para registrar a CIPA na Delegacia do Trabalho.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13º - Os casos omissos e dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento serão solucionados pela CIPA e Setor Segurança do Trabalho, ouvindo-se a Direção da Unidade.

ATIVIDADES

A instalação e os desenvolvimentos das atividades da CIPA no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD ocorrerão baseados no Regimento Interno e cumprirá os prazos determinados na Norma Regulamentadora, conforme a seguir:

DIVULGAÇÃO E CONVOCAÇÃO PARA ELEIÇÃO DA CIPA

Ocorrerá até 60 (sessenta) dias, antes da data prevista para a posse dos membros. Quando da existência de CIPA, a divulgação ocorrerá 60 (sessenta) dias, antes do término do mandato dessa Comissão.

A divulgação em Edital indica a data da eleição e solicita a inscrição de candidatos.

INSCRIÇÕES DE CANDIDATOS

Será de 15 (quinze) dias o período mínimo para as inscrições de candidatos.

O prazo para as inscrições de candidatos deve se estender até 7 (sete) dias antes da data da votação.

VOTAÇÃO

Ocorrerá em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos, possibilitando a participação da maioria dos colaboradores, sendo realizada no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes da data prevista para a posse dos eleitos ou término do mandato da Comissão, quando já houver.

CONTAGEM DOS VOTOS

Ocorrerá 1 (um) dia após o encerramento da votação.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA VOTAÇÃO

Será publicado e divulgado, 1 (um) dia após a contagem dos votos, por meio de Edital, a relação dos nomes dos eleitos (Titulares e Suplentes) e dos não eleitos, apresentando-se a quantidade de votos obtidos em ordem decrescente.

TREINAMENTOS PARA OS MEMBROS TITULARES E SUPLENTES

Deve ocorrer antes da posse dos Membros Eleitos.

REUNIÕES ORDINÁRIAS

Deve ocorrer uma em cada mês do ano de mandato.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											

Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários e documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação												

permanente e sensibilização dos profissionais quanto à comissão e preenchimento dos formulários												
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.5. COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

Membros:

- I - Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- II - Um enfermeiro representante da Comissão de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- III - Dois representantes do Faturamento;
- IV - Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- V - Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- VI - Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- VII - Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- VIII - Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- IX - Um representante do Planejamento.

Finalidade:

A guarda de toda documentação produzida pelo Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é imprescindível para quaisquer fins em consultas futuras. Dessa

forma o Serviço de Documentação Médica e Estatística – SAME é fundamental na Instituição. Portanto, a conservação e armazenamento desses documentos deve ser feita de maneira organizada e com vistas à boa conservação por período indeterminado. São documentos que têm validade legal e podem ser requeridos a qualquer tempo pelo usuário, por profissionais do HECAD, pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás ou pelos poderes legislativo ou judiciário. Esse serviço deve estar centralizado e a busca de documentos individuais deve ser fácil e rápida. Ele deve estar estreitamente relacionado aos outros serviços do HECAD para arquivamento ou desarquivamento de prontuários ou quaisquer outros documentos gerados pelo serviço.

O prontuário do paciente é composto por todos os documentos gerados pela equipe multidisciplinar da instituição de saúde, somados aos trazidos pelo paciente ou importados de outras instituições e que se relacionam ao todo processo de atendimento ao paciente.

É um veículo de comunicação entre os diversos atores envolvidos no processo de cuidar, contendo a anamnese que deve possuir o máximo de informações possíveis, como identificação, queixa principal história da moléstia atual, revisão de sistemas, história patológica pregressa, história familiar, história social/hábitos de vida, exames complementares, diagnóstico(s) e tratamento(s), entre outros.

Além da comunicação, os prontuários do paciente podem ser utilizados como fontes primárias de informações para a assistência à saúde, ensino, pesquisa e elaboração de políticas de saúde, como também para avaliação da qualidade da assistência em saúde. Essa fonte de informações pode ser utilizada com a finalidade de melhor entendimento da patologia do paciente ou para estatísticas que norteiam as ações das várias instâncias gestoras da saúde da população.

Uma etapa importante da gestão de documentos é avaliar o método de guarda e conservação. A resolução nº 1.821/2007/CFM define um prazo mínimo de 20 anos, após o último registro pela equipe técnica, para a preservação dos prontuários em papel. A digitalização para guarda permanente tem sido uma opção viável para manutenção dessas informações.

Os prontuários eletrônicos são uma tendência irreversível para esse armazenamento. Eles propiciam acesso rápido para nortear as novas ações da equipe, para produção científica, para compilação de dados que orientem o processo de tomada de decisão, redução de custos, otimização dos recursos, etc.

Fazer o registro em meio eletrônico facilita o fluxo de informações e oferece soluções de acesso à informação que antes poderiam ser mais facilmente perdidas. Os registros no prontuário do paciente, se já não o foram, deverão ser digitalizados como estratégia de ação para a gestão do HECAD pelo Instituto Patris.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Art.1º - A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD possui natureza técnico-científica e constitui um sistema com foco em armazenamento e análise de banco de dados. Ela deve definir o formato dos documentos digitais ou impressos que comporão os prontuários dos pacientes. A CDME deve orientar a equipe de Tecnologia da Informação sobre a melhor formatação das páginas que serão utilizadas pelas equipes. Seu processo decisório

implica em propor não somente o melhor formato para os documentos, mas aquele que poderá ter maior adesão pela equipe. Isto se justifica pelo fato de que algumas soluções podem não ser bem recebidas pelo usuário, a depender de como são apresentadas.

Além disto, a comissão deve estar orientada a esclarecer às equipes sobre o melhor aproveitamento dos formulários e seu preenchimento correto. Esses formulários devem, necessariamente, ser armazenados em bancos de dados para futura compilação.

Os dados armazenados nos atendimentos dos pacientes são de valor inestimável para a geração de relatórios estatísticos que podem gerar informações válidas qualitativa e quantitativamente, proporcionando uma perspectiva ampla sobre o funcionamento da instituição.

§1º - A CDME do HECAD é regulamentada por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2º - A CDME é um órgão de assessoria à Alta Gestão do HECAD e imprescindível ao processo de tomada de decisões.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º – Compete à comissão:

I - Definir modelos de formulários que constituirão o prontuário do paciente atendido pelo HECAD;

II - Recomendar a alteração de formulários ou de campos específicos dos mesmos;

III - Avaliar o sistema que abriga o prontuário do paciente, bem como a conservação dos dados nele contidos;

IV - Orientar a equipe sobre o correto preenchimento dos campos para garantir a adesão da equipe ao modelo adotado pelo HECAD;

V - Devem constar obrigatoriamente no prontuário:

a) identificação do paciente em todos os impressos;

b) anamnese;

c) exame físico;

d) exames complementares, bem como seus respectivos resultados;

e) hipóteses diagnósticas;

f) diagnóstico definitivo;

g) plano terapêutico;

h) meta terapêutica;

i) tratamento efetuado;

j) evolução

k) prescrição do profissional responsável pelo cuidado com data e hora;

V - Aprovar método de acesso e manuseio do prontuário físico e eletrônico, para os diversos fins: assistência, ensino, pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal;

VI - Estabelecer as normas de arquivamento/guarda, estabelecendo o fluxo, os processos de trabalho e a estrutura física adequada para tal fim;

VII - Indicar quais dados preferencialmente deverão conter nos relatórios estatísticos produzidos pelo SAME;

VIII - Treinar os funcionários do SAME na extração e análise de dados dos prontuários para entrega de dados consolidados;

IX - Estabelecer normas de preenchimento dos campos para os serviços de contra referência, conforme orientação do Ministério da Saúde, da SES-GO e dos Conselhos de classe;

X - Definir e aprovar os fluxos para os prontuários;

XI - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Comissão de Ética em Pesquisa, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Educação Continuada e com a Alta Gestão do HECAD;

XII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º – A Comissão terá representantes das áreas interessadas na clareza das informações bem como quais tipos de informações devem conter no prontuário.

Parágrafo único. Consultores ad hoc poderão ser convidados a emitir pareceres sobre a organização dos prontuários, bem como sobre as informações pertinentes em seus conteúdos.

Art. 4º - Cabe à Alta Gestão do HECAD convocar os participantes da Comissão de Documentação Médica e Estatística.

Art. 5º - A Comissão terá a seguinte constituição:

I - Um médico representante da Comissão de Ética Médica;

II - Um enfermeiro representante da Comissão de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

III - Dois representantes do Faturamento;

IV - Um representante da Coordenação Multiprofissional;

V - Um representante do Núcleo Interno de Regulação;

VI - Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;

VII - Um representante do Setor de Comissões Técnicas;

VIII - Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;

IX - Um representante do Planejamento.

Art. 6º - Os mandatos serão de 3 anos, a partir da publicação de portaria do HECAD, podendo ser prorrogado por igual período.

Art. 7º - Os cargos de presidente, vice-presidente e secretário desta Comissão serão eletivos e cabe aos seus pares a votação para eleição dos interessados, sendo que a Alta Gestão do HECAD deverá cancelar os nomes eleitos.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 8º - Compete ao presidente:

I - Dirigir, planejar e supervisionar as atividades dos membros da Comissão

II - Representar a comissão sempre que necessário;

III - Provocar as discussões entre os membros da Comissão sobre assuntos referente à qualidade e quantidade de informações geradas pelas equipes assistenciais;

IV - Exercer direito ao voto de desempate;

V - Indicar membros para a realização de pesquisas, organização de dados e emissão de pareceres;

§1º - Para o caso de impedimento temporário ou ausência do presidente, as funções a ele designadas serão assumidas pelo vice-presidente.

§2º - Para o caso de impedimento definitivo do presidente, o vice-presidente assumirá seu cargo e outro membro da Comissão deverá ser eleito para o cargo de vice-presidente.

Art. 9º - Compete aos membros da Comissão:

I - Produzir relatórios e emitir pareceres sobre as matérias que lhe forem atribuídas e cumprir os prazos estabelecidos para entrega e apreciação pela Comissão;

II - Estar presente nas reuniões, emitir opiniões técnicas e votar as matérias das pautas;

III - Requerer apreciação de matéria em regime de urgência;

IV - Sugerir temas para apreciação da Comissão;

V - Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art. 10 - Compete ao secretário:

I - Registrar as reuniões em Ata;

II - Preparar e encaminhar o expediente;

III - Organizar a agenda para cumprimento dos prazos legais referentes às matérias examinadas ou reexaminadas pela Comissão;

IV - Informar ao presidente sobre o cumprimento das diligências pelos membros da Comissão;

VI - Se responsabilizar pela produção do relatório anual das atividades da Comissão;

VII - Colher assinatura de todos os presentes nas reuniões da Comissão;

VIII - Emitir documento de convocação, por determinação do Presidente, para as sessões ordinárias e extraordinárias.

Parágrafo único. Na ausência do secretário, o presidente indicará um substituto temporário para cumprir suas funções.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art. 11 - As reuniões ordinárias da Comissão serão mensais e devem obedecer ao cronograma estabelecido na agenda.

§1º - O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§2º - A Comissão iniciará seus trabalhos e fará deliberações desde que haja maioria simples nas reuniões.

§3º - As resoluções da Comissão serão encaminhadas à Alta Gestão do HECAD com cópia ao Instituto Patris.

§4º - Em caso de suspeita de ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza, cabe a qualquer membro da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada em reuniões anteriores.

§5º - As votações sobre as matérias em julgamento poderão ser nominais.

§6º - As matérias em apreciação devem ser aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art. 12 - A rotina das reuniões da comissão será a seguinte:

I - Leitura da ordem do dia pelo Presidente e, em caso de sua ausência, pelo vice-presidente;

II - Chamada nominal para checagem de quorum;

III - Leitura da pauta da reunião com inclusão ou exclusão de itens conforme negociação entre os membros da Comissão;

IV - Leitura de informes;

V - Defesa justificada das proposições, apresentação de prós e contras e votação das matérias;

VI - Apresentação das sugestões de pauta para a próxima reunião;

VII - Encerramento da reunião pelo presidente.

Parágrafo único. A sequência estabelecida neste artigo será alterada pelo presidente para os casos de urgência ou de relevância de alguma matéria.

Art. 13 - Os membros que não se julgarem suficientemente esclarecidos quanto às matérias em exame poderão pedir dilação do prazo para exame.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 14 - A Comissão deverá ter infraestrutura necessária para seu adequado funcionamento.

Art. 15 - A comissão deverá se adequar aos avanços da legislação relacionada à documentação relativa ao prontuário do paciente ou às apresentações de dados estatísticos.

Art. 16 - O membro que não comparecer a 3 reuniões consecutivas ou a 5 reuniões intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião deverá ser substituído pelo presidente.

Art. 17 - A Comissão, sempre que julgar necessário, poderá criar grupos de trabalho para emissão de pareceres.

Art. 18 - Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 19 - Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na comissão e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art. 20 - Este regimento entrará em vigor após publicação pelo Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise		X										

sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários e documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto à comissão e preenchimento dos formulários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.6. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Membros:

A constituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se dá em atendimento a Portaria nº 2616 de 12 de maio de 1988 do Ministério da Saúde.

Em seu anexo I é estabelecido que: “Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição”.

No âmbito de serviços da saúde, a Comissão de Farmácia e Terapêutica é de grande importância, para que haja segurança e qualidade na prestação do serviço.

O Ministério da Saúde define a CFT como uma instância colegiada, de natureza técnico- científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD e os diversos departamentos de assistência à saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir o uso seguro e racional, realizando como atividades principais a seleção de medicamento da instituição (com base em critérios pré- estabelecidos), elaboração de formulário ou guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que possam ser tomadas decisões corretas no que se refere aos medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

A Comissão será composta por profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

O presidente da comissão será obrigatoriamente um farmacêutico. A Comissão poderá ser composta do seguinte modo:

I – Diretor clínico.

II – Enfermeiro responsável técnico;

III – representante da SClrAS;

IV- Representante do setor da qualidade;

V- Representante do corpo clínico;

VI- Representante do almoxarifado;

VII- Representante do corpo gestor.

Parágrafo primeiro – além destes existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

Finalidade da Comissão:

As ações da Comissão de Farmácia e Terapêutica, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I – Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados na unidade;

II – Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

III- Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos -hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

IV- Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicos-operacionais dos insumos de baixa qualidade;

V- Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médico-hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos, de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros.

VI – Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares;

VII- Promover estudos de custos efetividade de medicamentos e insumos hospitalares.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a Comissão junto à Administração e ao Corpo Clínico do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT tem por finalidade regulamentar e padronizar medicamentos e materiais médicos utilizados na unidade devendo para isso elaborar uma listagem de medicações que estarão disponíveis no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD. Esses materiais devem ser identificados:

I – Medicamento: por sua nomenclatura genérica (princípio ativo), conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), acrescida das concentrações, forma farmacêutica e volume da embalagem (quando aplicável).

II – Materiais: nome genérico, numeração ou modelo e outras especificações técnicas necessárias.

Art. 3º A inclusão e exclusão de produtos nesta listagem dependerá de análise de diversos pontos sendo os principais:

I – Ser adequado ao perfil da unidade;

II- Interesse e aceitação do corpo clínico e equipe assistencial;

III- Resposta ao tratamento com medicação;

IV- Qualidade do produto;

V- Facilidade de armazenamento;

VI – Facilidade de aquisição;

VIII- Valor.

Parágrafo primeiro: Nos casos de solicitação de inclusão de medicamentos o solicitante deverá trazer a comprovação científica que justifique a inclusão na lista de medicamentos padronizados.

Art. 4º É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT será composta por membros executores, sendo profissionais da área da saúde, com nível superior, nomeados pela Diretoria Geral da Unidade e por membros consultores, sendo profissionais da saúde, de nível superior, que façam parte do quadro funcional da Unidade.

Parágrafo primeiro – os membros executores, indicados pela Direção da unidade, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão.

Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como competência técnica, habilidade e perfil. Dentre os membros efetivos será escolhido o secretário, por consenso ou votação dos membros.

Art. 6º São membros executores:

I- Presidente Farmacêutico;

II – Diretor Técnico/Clínico;

III- Enfermeiro Responsável Técnico;

IV- Representante do SCIRAS;

V – Representante do Setor de Qualidade;

VI- Representante do Corpo Clínico;

VII- Representante do Almoxarifado;

VIII- Representante do Corpo Gestor;

§ 1º - Além desses existirão os membros consultores que serão outros especialistas na área a ser consultada.

§ 2º - Todos os membros deverão assinar o Termo de Isenção, onde afirmem a ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere a vínculos empregatícios ou contratuais, compromissos e obrigações com indústrias privadas, produtoras de medicamentos, que resultem em obtenção de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais na padronização dos produtos de saúde.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º A Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT, além das outras instituídas neste regimento, compete:

I – Definir a padronização dos insumos médico-hospitalares, e outros que impactem na qualidade dos serviços prestados na unidade;

II – Manter atualizada listagem dos artigos padronizados;

III- Orientar e acompanhar o uso dos insumos médicos - hospitalares nas unidades e serviços, especialmente dos materiais novos;

IV- Diagnosticar, documentar e centralizar registros comprobatórios das inadequações técnicas-operacionais dos insumos de baixa qualidade;

V- Manter conhecimento atualizado referente aos materiais médicos – hospitalares comercializados no país e aprovados pela ANVISA, através do atendimento aos fornecedores e representantes dos diversos insumos de comparecimento em congressos, simpósios e visitas de avaliação à fábricas, dentre outros;

VI- Fixar critérios para melhor seleção de medicamentos, materiais e equipamentos de saúde;

VII- Promover estudos de custo efetividade de medicamentos e insumos;

VIII- Fomentar investigações sobre a utilização de medicamentos;

IX- Promover atividades de educação continuada para o uso seguro e racional de medicamentos, materiais e equipamentos;

X- Participar da elaboração de diretrizes clínicas e protocolos terapêuticos;

XI- Propor polícia de prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, materiais e equipamentos;

XII- Informar o Setor de Compras, através da ficha de reclamação técnica qualquer não conformidade apresentada pelos medicamentos, materiais e equipamentos;

XIII- Gerenciar e controlar as notificações e eventos adversos decorrentes do uso de quaisquer, medicamentos, materiais e equipamentos em conjunto com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

XIV- Os eventos adversos que ocorrem durante a utilização dos medicamentos e alguns correlatos de aplicação direta ao paciente deverão ser notificados diretamente à ANVISA, por site próprio;

XV- Interagir com o Setor de Compras, visando o alinhamento das políticas e práticas desenvolvidas e o compartilhamento dos resultados alcançados;

XVI- Enviar parecer técnico dos produtos e materiais médicos – hospitalares ao Setor de Compras;

XVII Realizar especificação dos produtos quando se fizer necessário;

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.8º São atribuições do presidente:

I- Providenciar a organização da pauta das reuniões;

II- Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias;

III- conduzir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão;

IV- Representar a CFT em suas relações internas e externas;

V- Encaminhar ao Serviço de Gestão de Qualidade e Vigilância em Saúde, relatórios das ações desenvolvidas pela CFT, quando solicitado;

VI – Emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

VII – Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IX- Cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Regimento;

Art. 9º São atribuições do secretário:

I – Registrar em ata as resoluções da Comissão;

II- Manter arquivo da documentação relacionada à CFT;

III- providenciar material bibliográfico para as reuniões;

IV- Protocolar documento em nome da Comissão;

V- Encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;

VI- Ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão;

VII- providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;

VIII- manter registro de dados (contatos) dos integrantes da CFT;

Art. 11º São atribuições dos membros e substitutos:

I – Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

II- Cumprir as atividades que lhe forem designadas pelo presidente, nos prazos estabelecidos;

III- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

IV- Apresentar proposições sobre questões pertinentes à Comissão;

V- Colaborar com a CFT no exercício de suas funções;

Art. 12º - São atribuições dos membros consultivos:

I – Opinar de acordo com sua especialidade, oferecendo informações com respaldo técnico, no intuito de colaborar com os pareceres técnicos e tomadas de decisão;

II- Colaborar com a CFT no exercício de suas funções, conforme prazos pré-estabelecidos;

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13º A CFT será presidida por um membro da Assistência Farmacêutica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

Art. 14º A CFT reunir-se-á ordinariamente 1 (uma) vez a cada dois meses (bimestral) e extraordinariamente, quando necessário, por convocação do seu coordenador ou por requerimento da maioria dos membros;

Art. 15º As convocações das reuniões ordinárias serão enviadas pelo secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

Art. 16º A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas;

Art. 17º As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 (quarenta e oito) de antecedência, por solicitação do coordenador ou por, pelo menos, metade mais um de seus membros;

Art. 18º A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores);

Art. 19º A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (da unidade ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses;

Art. 20º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único – Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e assinatura dos presentes e providenciada nova convocação.

Art. 21º – De preferência, as questões serão decididas por consenso.

Parágrafo único – Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidos pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 22º Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu substituto, quando de sua ausência.

§ 1º Quando da existência de conflitos de interesses declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento relacionado ao conflito;

§ 2º Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do presidente;

§ 3º Os membros consultivos não integram a composição da CFT e não terão direito a voto.

Art. 23º Sempre que o assunto for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando a melhor consecução das atividades.

Parágrafo único: Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, poderão ser consultados especialistas, inclusive de outras instituições, o quais poderão, eventualmente, participar das reuniões, com direito à voz.

Art. 24º As recomendações e pareceres da CFT a respeito das alterações na padronização de medicamentos serão submetidos à apreciação da COM do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, para aprovação final.

§ 1º Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para aprovação final, a COM deverá apresentar justificativa, por escrito, à CFT.

§ 2º Para avaliação de alteração na padronização de medicamentos e emissão de pareceres, serão definidos grupos de estudos, por consenso entre os membros.

Art. 25º As reuniões da CFT serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo do secretário da CFT, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos, as recomendações e os pareceres emanados.

CAPÍTULO VII

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PADRONIZAÇÃO

Art. 26º É de competência exclusiva da CFT a padronização de medicamentos nas dependências do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

§ 1º Somente serão incluídos na pauta da CFT solicitações de inclusão, substituição ou exclusão de medicamentos mediante o preenchimento adequado do formulário de solicitação.

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

§ 3º Serão adotados prioritariamente:

I – Na terapêutica: racionalização da farmacoterapia a ser empregada;

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

§ 4º Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

§ 5º Caso residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, realizem a solicitação, a mesma deverá obrigatoriamente, constar da anuência escrita do preceptor junto ao formulário de solicitação;

§ 6º Poderão ocorrer solicitações de padronização de medicamentos por solicitação de outras comissões existentes no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, devendo estas:

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

II – A ata da reunião de deliberação deverá possuir quórum mínimo da maioria absoluta de seus membros;

III- A Comissão que demandar inclusão, exclusão ou substituição de itens na padronização de medicamentos deverá garantir a vinculação do mesmo a protocolos terapêuticos:

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

§ 7º Serão padronizados, apenas medicamentos de eficácia comprovada frente a estudos clínicos ou protocolos terapêuticos expedidos por sociedades médicas e afins reconhecidas;

§8º Poderá ocorrer a inclusão de medicamentos na padronização via deliberação do Colegiado Executivo do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, no entanto, caso ocorra, tal ato, sem anuência da CFT, os membros da comissão possuirão isenção de responsabilidade sobre o emprego dos referidos medicamentos, técnica e administrativamente, no âmbito da unidade;

Art. 27º Após o recebimento da solicitação de padronização de medicamentos;

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

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

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

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

§ 5º A CFT terá 30 (trinta) dias úteis, a contar da data da entrega do impresso, para julgar e responder mediante parecer escrito ao solicitante;

CAPÍTULO VIII

EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS DA PADRONIZAÇÃO

Art. 28º O (s) medicamento (s) em que for constatada a inexistência de consumo por período igual ou superior à 12 (doze) meses ou naqueles em que o consumo seja considerado como subutilizados, serão removidos da padronização de medicamentos.

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

§ 2º Os medicamentos, que venham a sofrer a exclusão da padronização poderão ser igualmente solicitados para recomprem a padronização do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, desde que devidamente justificada a inclusão e aprovado nos termos deste regulamento;

CAPÍTULO IX

REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29º O elenco de medicamentos padronizados será revisto, minimamente, a cada 1 (um) ano pela CFT.

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

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

CAPÍTULO X

REPUBLIÇÃO DA LISTA DE MEDICAMENTOS

Art. 30º Serão publicados em Boletim de Serviços:

I- Inclusões;

II- Exclusões;

III- Alteração em descritivo;

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

CAPÍTULO XI

SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO

Art. 31º Caso exista a necessidade da prescrição de medicamento que não conste na relação de medicamentos padronizados:

I – Preencher o anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento não padronizado;

II- Serão analisadas apenas solicitações atestadas por profissionais de saúde efetivos/vinculados o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, sendo atestado por especialistas em áreas médicas ou afins;

III- Quando residentes, médicos ou profissionais pertencentes à equipe multiprofissional, deverá obrigatoriamente, haver a anuência escrita do preceptor, com vínculo institucional, junto ao formulário de solicitação;

IV- As solicitações de compra de medicamentos não padronizados serão aceitas exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, onde não seja possível caracterizar falta de planejamento do setor da Administração Pública;

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

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

Art. 32º O formulário “Anexo I – Solicitação de Compra de Medicamento não – padronizado”, devidamente assinado, carimbado e com todos os campos preenchidos, deverá ser encaminhado à Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF). O representante e membro da CFT, lotado na UAF, deverá encaminhar o formulário ao Presidente, ou na sua ausência ao vice-presidente, para avaliação e emissão de parecer por ‘ad referendum” ou convocação de reunião extraordinária, caso necessária.

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

I – Observados os requisitos, o prazo mínimo para atendimento é de 24 horas, a contar da autorização para abertura do processo de aquisição, conforme datado no respectivo formulário;

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 33º - Este regimento poderá ser modificado por proposição da Diretoria Técnica ou dos membros da CFT mediante deliberação em reunião convocada para esse fim.

Art. 34º A revisão deste regimento entrará em vigor a partir da data de assinatura das coordenações clínica e técnico – administrativa, Diretoria Técnica da unidade e dos demais membros.

Art. 35º Os casos omissos serão resolvidos pela CFT.

Art. 36º A revisão geral ou parcial deste Regimento será realizada quando houver manifesta necessidade veiculada através dos membros do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, bulas, notas, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos				X	X	X	X	X	X	X	X	X

profissionais quanto à comissão e preenchimento dos formulários		X	X									
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.7. COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Membros:

A Comissão de Resíduos dos Serviços de Saúde do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é constituída em atendimento à Lei nº 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), dando instrumentos para permitir o avanço necessário no enfrentamento dos principais problemas ambientais, sociais e econômicos decorrentes do manejo inadequado dos resíduos sólidos.

No âmbito do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD a Comissão será criada e nomeada por ato próprio do Diretor Geral da unidade de saúde e será norteadada por Regimento Interno com proposição de reuniões periódicas e atas registrando todas as atividades, além de relatórios a serem criados e compartilhados com a SES/GO e divulgados ainda, aos colaboradores.

A Comissão em tela, terá atuação técnico-científica-educativa e sigilosa, e não punirá nem agirá coercitivamente no âmbito de suas atribuições.

A Comissão será composto por membros do quadro funcional do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, devendo ser constituída preferencialmente pelos seguintes profissionais:

I – Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;

II- Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT);

III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

IV- Representante do Laboratório Clínico;

V- Representante da Divisão de Enfermagem;

VI- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

VII- Representante do Conselho Gestor.

Finalidade:

As ações da CRSS da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, no âmbito da qualidade abrangem a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Programa de Gerenciamento de Resíduos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Almeja-se com esta comissão orientar a diretoria sobre as medidas que se fizerem necessárias, analisar os indicadores das avaliações, verificar a correta segregação de rejeitos e principalmente atingir qualidade na realização dos processos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS

Art. 1º - Os objetivos deste regimento visam à padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde, estabelecendo condições mínimas de composição e fortalecimento da mesma junto à Administração.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 2º - É finalidade desta Comissão:

I- Gerenciar todas as etapas relacionadas ao manejo dos resíduos produzidos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD em conformidade com a Legislação vigente, a saber, RDC 222/2018 e Resolução 358/2005 – CONAMA.

II- Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para adequado manejo dos resíduos gerados no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

III- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A CRRS do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD deverá ser composta por representantes de todos os setores, com formação mínima de nível médio, preferencialmente do seguinte modo:

I – Representante do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde;

II- Representante do Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT);

III- Representante do Departamento de Assistência Farmacêutica;

IV- Representante do Laboratório Clínico;

V-Representante da Divisão de Enfermagem;

VI- Representante do Departamento de Higienização e Conservação;

VII-Representante do Conselho Gestor.

Art. 4º - A Comissão de Gerenciamento de Resíduos do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, compete:

I- Aprovar, planejar e coordenar a execução do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS);

II- Coordenar a elaboração de indicadores de qualidade para avaliação das atividades implementadas;

III- Supervisionar o orçamento e a execução do PGRSS no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

IV- Promover, em parceria com a Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos, a educação permanente da própria Comissão e dos demais colaboradores com o objetivo de oferecer subsídios para o adequado gerenciamento dos resíduos;

V – Encaminhar para ciência e avaliação da Diretoria Colegiada do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD as demandas surgidas, se necessário;

VI – Elaborar Relatório Anual de atividades;

VII- Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;

VIII – Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de resíduos da unidade;

IX- Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidade pelo gerenciamento de resíduos;

X – Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de resíduos;

XI – Promover a cultura de Segurança Institucional, no que se refere ao manejo dos resíduos gerados no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 5º A Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde instalar-se e funcionará com a maioria de seus membros;

Art. 6º As reuniões ordinárias ocorrerão na última quinta-feira de cada mês, das 09 às 10 hs no auditório.

Parágrafo único – Em casos extremos e fundamentados, o horário, dia e local das reuniões poderão ser alterados pelo Presidente, desde que avisados todos os membros com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 7º As reuniões da Comissão, ocorrerão ordinariamente mensalmente, ou extraordinariamente por convocação de seu Presidente ou mediante requerimento da maioria de seus membros.

Art. 8º - As reuniões ordinárias e extraordinárias terão a duração de 1 (uma) hora, podendo ser prorrogadas ou encerradas antes do tempo fixado, no caso de se esgotar a pauta dos trabalhos ou ocorrer algum fato que a juízo do presidente e ou dos membros assim o exija.

Art. 9º As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio eletrônico (e-mail), com antecedência mínima de 7 (sete) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Art. 10º Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata as deliberações resultantes.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 11º Ao Presidente da Comissão de Resíduos, compete:

- a) presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;
- b) emitir votos de qualidade, nos casos de empate;
- c) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

d) cumprir e fazer cumprir este regimento;

Parágrafo único – O presidente da Comissão poderá ser substituído, pelo vice-presidente.

Art. 12º - Compete ao vice-presidente:

I – Realizar a suplência na ausência do presidente;

II- Participar como membro da comissão.

Art. 13º Compete aos membros da Comissão:

I – Participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;

II- Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão devendo estas serem entregues à secretaria da Comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;

III- requisitar a Secretaria-Executiva, a Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

IV- Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 14º Compete aos membros consultivos da Comissão:

I- Todos os itens acima descritos, assim como orientar, fiscalizar, auxiliar e aconselhar na solução dos problemas da CRSS e SGRSS.

Art. 15º Compete à Secretaria Executiva da Comissão:

I – Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II- Preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;

III- expedir ato de convocação de conformidade com o que estabelece os arts. 8º e 9º do presente regimento.

IV- Executar outras atividades que lhe sejam atribuídas para Comissão;

V- Cumprir e fazer cumprir este Regimento.

Art. 16º É competência da Comissão de Resíduos do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

I- Estabelecer critérios técnicos para o planejamento e execução do PGRSS do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

II- Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento e legislações de gerenciamento de resíduos/adequações diversas;

III- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos.

IV- Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V- Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização do PGRSS;

VI- Divulgar aos serviços as alterações realizadas no âmbito da unidade de saúde sempre que ocorrerem;

VII- Levar ao conhecimento da Diretoria Colegiada a ocorrência de irregularidade ou não conformidades, relacionadas ao gerenciamento de resíduos;

VIII- Participar de campanhas, eventos, educação continuada dentre outros, sobre o manejo dos resíduos.

CAPÍTULO V

DA COMPOSIÇÃO

Art. 17º A Comissão é composta pelos seguintes representantes:

I – Presidente;

II- Vice- Presidente;

III- Secretário;

IV- Membro da SClrAS;

V- Membro da Diretoria Administrativa;

VI- Membro da Hotelaria;

VII- Membros das empresas terceiras;

VIII – Demais profissionais de saúde.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 18º Considerando a urgente necessidade da Administração, ficam desde já instituídos os seguintes Grupos de Trabalho:

- I - GT – Infectante;
- II- GT- Químicos;
- III- GT- Radioativo;
- IV- GT – Comum;
- V- GT – Recicláveis.

Art. 19º Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 20º - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Diretoria Geral, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 21º A presente resolução entra em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para		X										

análise sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, bulas, notas, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

preenchimento adequado documentos, descarte correto, tratamento adequado de cada tipo de resíduo												
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.8. COMITÊ TRANSFUSIONAL

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

Membros:

São membros da Comissão Transfusional:

I - Coordenador

II - Médico hematologista

III - Enfermeira especialista em hematologia

IV - Representante do serviço de hemoterapia

V- Representante do laboratório

VI - Representante da Residência Médica

VII - Representante da Residência em Enfermagem

VIII - Representante da administração

Finalidade:

O Comitê Transfusional é uma organização intra-hospitalar que objetiva conferir segurança às transfusões sanguíneas, de tal forma a prevenir incidentes transfusionais. A RDC 153/04 dispõe sobre esse tema e preconiza que todo serviço de saúde que

disponha de hemoterapia deve constituir e manter esse comitê, sendo essencialmente multidisciplinar, cuja função é o monitoramento de todas as hemoterápicas na instituição. Sendo assim, o Comitê Transfusional é a instância garantidora do uso apropriado dos hemocomponentes. Especificamente deve focar na prescrição, dispensação, distribuição, manuseio, administração e monitoramento dos pacientes hemotransfundidos.

REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA

CAPÍTULO I

DA MISSÃO

Art. 1º - O Comitê Transfusional do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD possui função técnico científica, com função de segurança no processo transfusional, além de função educativa tanto do paciente quanto do profissional. Tem por missão a melhora dos processos, seu aprimoramento e acompanhamento das ações em hemoterapia.

Art. 2º – Esta Comissão é constituída com vistas a cumprir a RDC nº 34 de 11 de junho de 2014.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO DO COMITÊ

Art. 3º - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

I - Coordenador

II - Médico hematologista

III - Enfermeira especialista em hematologia

IV - Representante do serviço de hemoterapia

V- Representante do laboratório

VI - Representante da Residência Médica

VII - Representante da Residência em Enfermagem

VIII - Representante da administração

Art. 4º - A Alta Gestão do HECAD escolherá os membros do Comitê Transfusional e promoverá as designações do Coordenador(a) e Vice Coordenador(a) e do Secretário(a).

Art. 5º - Cabe ao Diretor Clínico substituir os integrantes do Comitê, por razão devidamente justificada e a qualquer tempo.

Art. 6º - As funções dos membros do Comitê são parte de suas atribuições funcionais no HECAD e não serão remuneradas separadamente.

Art. 7º - É auferido ao Comitê convidar especialistas para consultorias ou eventos que constituam acréscimo ao conhecimento da equipe, sempre que julgar necessário.

Art. 8º - Será dispensado o membro do Comitê que sem motivo justificado deixar de comparecer a 3 reuniões consecutivas ou a 5 intercaladas no espaço de um ano.

Art. 9º - Cabe à Alta Gestão do HECAD ceder infraestrutura adequada e suporte técnico e operacional e apoio administrativo para o bom desempenho das funções do Comitê.

CAPÍTULO III

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 - As reuniões ordinárias do Comitê terão frequência mensal e as extraordinárias ocorrerão por convocação do Coordenador, do Diretor Clínico, ou por requerimento da maioria de seus membros.

§1º - Em havendo quorum para a abertura dos trabalhos o Coordenador informará a pauta, estimulará a discussão dos seus temas e solicitará votação para itens que exijam deliberação;

§2º - Ao Coordenador caberá o voto de desempate;

§3º - Em caso de urgência para a tomada de decisão, o Coordenador decidirá ad referendum. Tais decisões deverão ser referendadas ou não em reunião subsequente do plenário do Comitê;

§4º - As deliberações do Comitê devem ser devidamente justificadas e posteriormente encaminhadas à Diretoria Clínica.

Art. 11 - Qualquer membro do Comitê poderá solicitar o reexame das decisões exaradas em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, inadequação técnico-científica ou de outra natureza.

Art. 12 - Ao final das discussões, o coordenador chamará os membros para votação nominal.

Art. 13 - O Comitê buscará sempre pautar seu processo decisório sobre a legislação vigente, estabelecendo normas complementares relativas à melhoria dos serviços ofertados à ordem dos trabalhos.

Art. 14 - Os expedientes serão organizados por ordem de importância e distribuídos aos membros pelo(a) Secretário(a).

Art. 15 - As reuniões do Comitê terão a seguinte ordem cronológica:

I - Abertura da reunião pelo Coordenador e, em caso de sua ausência, Vice Coordenador;

II - Verificação da existência de quorum;

III - Leitura da pauta, discussão e votação dos pareceres;

IV - Chamamento para a pauta da próxima reunião;

V - Distribuição de expedientes aos relatores;

VI - Encerramento da reunião pelo Coordenador.

Art. 16 - É facultado a qualquer membro do Comitê Transfusional a requisição ao Coordenador o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a terceiros, como especialistas ou instituições públicas ou privadas, brasileiras ou estrangeiras para participação em estudo científico ou técnico que visem o esclarecimento ou solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 17 - O membro do Comitê que ficar responsável pela emissão de parecer deverá proceder sua leitura. Em seguida, o Coordenador concederá a palavra aos outros membros para suas considerações.

§1º - Qualquer membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§2º - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

§3º - É estabelecido o prazo de até duas reuniões para votação dos temas em pauta. Art. 18 - As listas de presença serão assinadas por todos os membros do Comitê e convidados externos pelo(a) Secretário(a) que lavrará a Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 19 - Compete ao Comitê:

I - Emitir pareceres, elaborar normas, realizar avaliações situacionais, fazer auditorias e promover ações educativas com a colaboração da Comissão de Educação Continuada;

II - Elaborar planos de trabalho e estratégias para melhorar a segurança transfusional;

III - Zelar pelo cumprimento das regulamentações estabelecidas em políticas públicas municipais, regionais, nacionais com relação à segurança transfusional;

III - Monitorar e relatar todas as reações transfusionais;

IV - Estabelecer os critérios transfusionais a serem adotados pelas equipes do HECAD a partir de conhecimento científico e normas legais;

V - Adotar avaliações periódicas das requisições transfusionais.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 20 - Ao Coordenador cabe:

I - Representar o Comitê junto ao HECAD e em outras instituições;

II - Convocar o Comitê e coordenar as reuniões;

III - Promover a convocação das reuniões;

IV - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;

V - Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;

VI - Cabe ao Vice Coordenador substituir o Coordenador em seus impedimentos.

Art. 21 - Cabe aos membros:

I - Pesquisar, descrever e relatar as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador dentro dos prazos estabelecidos;

II - Comparecer às reuniões e se manifestar com relação aos expedientes e votar os temas em pauta;

III - Em caso de reconhecida urgência, requerer votação de matéria;

IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 22 - Cabe ao Secretário:

I - Comparecer às reuniões;

II - Preparar e encaminhar o expediente do Comitê;

III - Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;

IV - Providenciar a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias em consonância com as determinações do Coordenador;

V - Distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões;

VI - Lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 23 - O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Diretor Clínico para aprovação.

Art. 24 - O Comitê Transfusional deverá seguir as normas em vigor (e outras que, porventura vierem a ser publicadas) relativas a todo o processo transfusional, a saber:

I - Portaria 1353 – MS de 13 de junho de 2011. Comitê como função o monitoramento da prática hemoterápica na instituição.

II - RDC nº 34, de 11 de junho de 2014 – MS; ANVISA – Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue.

III - Marco Conceitual e Operacional de Hemovigilância para a hemovigilância no Brasil, Agência nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA 2015.

IV - Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016 – Redefine o regulamento técnico de procedimento hemoterápico.

V - RDC 75 de maio de 2016 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Altera a RDC 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre Boas Práticas no Ciclo do Sangue.

VI - Guia para uso de hemocomponentes – MS - Secretaria de atenção à saúde. 2ª edição 3ª reimpressão. Brasília 2016.

VII - Portaria 2017 - MS de 28 de setembro de 2017. Portaria de consolidação nº 5, das Normas sobre Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para		X										

análise sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

quanto à comissão												
Realizar campanhas de doação de sangue e sensibilização quanto a importância da mesma		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.9. COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

Membros:

I - Enfermeiro(a);

II - Médico(a);

III - Assistente Social;

IV - Técnico(a) de enfermagem;

V - Fisioterapeuta;

VI - Nutricionista;

VII - Representante do serviço de internação domiciliar;

VIII - Representante do setor administrativo

IX - Representante dos usuários do SUS

Finalidade:

O Comitê de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar (CLP) tem a função de promover um plano de cuidado individualizado para pacientes que necessitam de acompanhamento multiprofissional prolongado. É um time

que se organiza para dar o suporte necessário a esses pacientes e suas famílias e mostrar que eles não estão sozinhos no processo de cuidar e ser cuidado. Visa proporcionar o melhor cuidado no ambiente hospitalar e fazer o planejamento de alta consistente com as necessidades futuras dessas pessoas.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - São considerados pacientes com risco para longa permanência hospitalar pessoas portadoras de patologias crônicas que necessitam de acompanhamento da equipe de saúde em função de dependência total ou parcial para cuidados básicos de vida.

Art. 2º - O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD se propõe a oferecer acompanhamento personalizado a pacientes crônicos e de longa permanência hospitalar, melhorar sua qualidade de vida, estimular o autocuidado e preparar a família para prestar os cuidados necessários à manutenção da sua dignidade enquanto cidadão portador de plenos direitos.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO DO COMITÊ

Art. 3º - O de Gerenciamento de Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar (CLP) do HECAD terá composição multiprofissional, de reconhecido saber e competência profissional.

Art. 4º - O colegiado que compõe o Comitê terá os seguintes membros:

I - Enfermeiro(a);

II - Médico(a);

III - Assistente Social;

IV - Técnico(a) de enfermagem;

V - Fisioterapeuta;

VI - Nutricionista;

VII - Representante do serviço de internação domiciliar;

VIII - Representante do setor administrativo

IX - Representante dos usuários do SUS

CAPÍTULO III

DAS PRERROGATIVAS

Art. 5º - O CLP possui as seguintes prerrogativas:

I - Capacitar os cuidadores, a família e o paciente para a autogestão do cuidado à saúde, dando suporte ao desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para

melhorias constantes e graduais das condições de saúde do paciente e monitoramento de alterações em seu quadro.

II - Minimizar o risco de infecções por esses pacientes;

III - Orientar as equipes de saúde que prestam cuidado a essas pessoas quanto aos melhores padrões de conduta de modo a prestar um serviço de ótima qualidade técnica e com respeito à sua condição de fragilidade;

IV - Reduzir o número de re-internações hospitalares;

V - Estabelecer parcerias com instituições sociais que possam auxiliar na manutenção e cuidado prolongado aos pacientes e suas famílias;

VI - Promover ações que redundem na melhoria global da qualidade de vida dessas pessoas;

VII - Oferecer os recursos humanos e materiais para o retorno dos pacientes às suas famílias com segurança e qualidade;

VIII - Planejar a alta hospitalar juntamente com a equipe de cuidados paliativos, os familiares e entidades de assistência social.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º - Compete ao(à) Coordenador(a) do CLP:

I - Dirigir as reuniões;

II - Consolidar as informações produzidas pelo Comitê

III - Expedir documentos;

III - Distribuir funções e tarefas de pesquisa e relatoria;

IV - Manter a ordem para bom andamento dos trabalhos;

V - Coordenar ações dos membros do Comitê para organizar e facilitar o trabalho.

Art. 7º - Compete ao(à) Vice Coordenador(a):

I - Substituir o Coordenador em suas ausências.

Art. 8º - Compete ao(à) Secretário(a):

I - Prover o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do CLP.

Art. 9º - Compete aos membros do Comitê:

Os membros do Comitê devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios:

I - Proteção à dignidade e à imagem dos pacientes com risco para longa permanência hospitalar;

II - Proteção à dignidade e à imagem dos pacientes, familiares e cuidadores assistidos pelo CLP;

III – Orientação aos pacientes;

IV - Sigilo quanto às informações geradas no processo de cuidar;

V - Auxiliar a equipe de cuidado quanto ao planejamento da alta hospitalar;

VI - Instruir as equipes de cuidado domiciliar quanto aos procedimentos técnicos e condições ambientais adequadas aos cuidados a esses pacientes.

Art. 10º - Os expedientes das reuniões do Comitê têm caráter sigiloso.

CAPÍTULO V

DO MANDATO

Art. 12º - O mandato dos membros do CLP terá a duração de 3 anos, podendo haver recondução aos cargos.

Parágrafo único. A Alta Gestão do HECAD poderá destituir qualquer membro do Comitê desde que este ato seja devidamente justificado.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13º - As reuniões ordinárias do CLP serão mensais e as extraordinárias ocorrerão sempre que houver urgência da matéria a ser analisada.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Diretor Geral do Hospital.

Art. 14º – O cronograma das reuniões será anual e produzido no mês de dezembro do ano anterior.

Parágrafo único. Todos os integrantes do Comitê deverão receber a pauta das reuniões ordinárias com 48 horas de antecedência, sendo que o mesmo se aplica às reuniões extraordinárias;

Art. 15º - Considerar-se-á que o quórum mínimo para realização das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do CLP.

Art. 16º - O membro que faltar a 3 reuniões consecutivas ou a 5 reuniões não consecutivas durante o ano sem a devida justificativa por escrito, será desligado do CLP.

Art. 17º - As deliberações do CLP serão feitas por maioria absoluta ou por consenso entre os seus membros.

§1º - O Coordenador designará um ou mais membros para a relatoria dos temas sob análise;

§2º - Cabe ao Coordenador o voto de desempate.

Art. 18º - Aos membros do Comitê que desempenham atividades diretas ao paciente, terão seis 6 horas da carga horária mensal destinadas exclusivamente ao desempenho de suas funções no CLP e dispensados da escala de serviço nesse período.

Art. 19º - Atuar conjuntamente com a Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele para prevenção de lesões evitáveis.

Art. 20º - Atuar conjuntamente com o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para garantia de suporte à sua segurança física e psicológica durante o período de internação hospitalar.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21º Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pelo Comitê reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 22º - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros ou da Diretoria Geral, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 23º A presente resolução entra em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALR											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											

Definição das atribuições	X										
Aprovação do regimento interno da comissão	X										
Aprovação dos membros da comissão	X										
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X									
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os											
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados												
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a Comissão e o preenchimento adequado dos documentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4.1.10. NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

Membros:

O NQSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria Geral, devendo ser composto, minimamente, por:

- I. Um representante da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);
- II. Um representante do corpo clínico;
- III. Um representante do Laboratório de Microbiologia;
- IV. Um representante da CCIH;
- V. Um enfermeiro;
- VI. Um representante do Setor de Epidemiologia;

VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;

IX. Um representante de algumas das Diretorias do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD

Finalidade:

O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) visa prevenir e reduzir a ocorrência de incidentes e eventos adversos (EA) relacionados à assistência à saúde, aumentando a segurança ao paciente e promovendo a melhoria da qualidade da assistência.

Com o desenvolvimento dessas ações, serão identificados às situações e riscos existentes, os pontos frágeis da estrutura e dos processos de trabalho, as falhas ativas e latentes, assim como as oportunidades de melhoria do cuidado e prevenção de incidentes e danos desnecessários aos pacientes.

Também será possível avaliar e fornecer feedback aos gestores sobre a qualidade e segurança da assistência prestada, fomentando a tomada de decisão em prol de mudanças e melhorias nos diferentes setores de cuidado.

Por fim, pretende-se obter maior conscientização dos profissionais que atuam na instituição, estimulando-os a adotar as melhores práticas para o desenvolvimento de um cuidado seguro para todos.

Em âmbito mundial, a ocorrência crescente dos EA vem preocupando especialistas, pesquisadores, gestores e profissionais, devido ao reflexo direto de suas consequências na qualidade dos cuidados em saúde.

Nesse contexto, as organizações nacionais e internacionais têm somado esforços para o enfrentamento das situações que se mostram mais frequentes, e que deixam os pacientes mais vulneráveis à falta de segurança, buscando soluções por meio da implantação de práticas e políticas de melhoria da assistência.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), representando uma importante iniciativa para a saúde no país. O programa visa reduzir a incidência de EA nos serviços de saúde e tem como ações a implementação de protocolos de segurança do paciente com foco nos problemas de maior incidência.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD tem a missão de proteger a saúde da população e garantir a excelência em saúde por meio do controle dos riscos sanitários decorrentes de produtos, serviços, meio ambiente e processos de trabalho.

Art. 2º O NQSP observa as seguintes normas de implantação, implementação e funcionamento:

I – Resolução - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

II – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

III – Resolução - 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.

IV – Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

V – Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

CAPÍTULO II

NATUREZA E FINALIDADE

Art.3º O Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) é fórum multidisciplinar o qual possui caráter consultivo, deliberativo, fiscalizador e educativo, criado para garantir a segurança do paciente na instituição, diretamente ligada Diretoria Geral.

Art. 4º O NQSP tem por finalidade assessorar a superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura de serviços de saúde voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais da unidade, de forma a fortalecer a gestão em saúde e atender a legislação vigente.

CAPÍTULO III

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 5º São princípios do NQSP:

I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;

II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;

III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;

V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;

VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente;

VIII- Promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

IX- Desenvolver ações para a integração e articulação multiprofissional no serviço de saúde.

Art.6º Compete ao NQSP:

I. Promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;

II. Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Qualidade e Segurança do Paciente;

III. Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;

IV. Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

V. Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

VI. Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VII. Elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;

VIII. Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

IX. Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X. Acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI. Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente (Educação Setorial Transversal), sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade;

XIII. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente (alertas; informações aos novos residentes, acadêmicos e profissionais; bem como aos pacientes/familiares) sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços da unidade;

XIV. Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XV. Elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;

XVI. Elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVII. Participar de eventos e demais ações promovidas no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD sobre segurança do paciente e qualidade.

Art.7º Compete a Diretoria Geral quanto ao NQSP:

I. Apoiar a implantação e a manutenção do núcleo de segurança do paciente;

II. Constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do plano de segurança do paciente em serviços de saúde;

III. Disponibilizar recursos humanos, área física adequada, equipamentos, insumos e serviços de apoio para o desenvolvimento pleno das atividades do NQSP;

IV. Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP, a superintendência deverá disponibilizar e solicitar o profissional responsável pelo NSP para participar nas instâncias deliberativas da unidade.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art.8º O NQSP será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Diretoria Geral, devendo ser composto, minimamente, por:

I. Um representante da Gerência de Atenção à Saúde (GAS);

II. Um representante do corpo clínico;

III. Um representante do Laboratório de Microbiologia;

IV. Um representante da CCIH;

V. Um enfermeiro;

VI. Um representante do Setor de Epidemiologia;

VII. Um farmacêutico representante da Farmácia;

IX. Um representante de algumas das Diretorias do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

Art.9º Os membros do NQSP poderão ser substituídos, a qualquer tempo, pela Diretoria Geral, mediante ato formal motivado, nas seguintes situações:

I. Por iniciativa própria.

II. Por provocação escrita, devidamente fundamentada, apresentada pelo Responsável Técnico.

III. A pedido do membro interessado, mediante requerimento escrito com justificativa.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 10º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e 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 na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 11º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta.

Parágrafo único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art.12º As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Coordenador do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicizados para apreciação da Diretoria Geral.

Art. 13º 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; e

V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 14º 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. 15º O mandato dos membros do NQSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Diretoria Geral.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 16º O NSP deverá se reunir mensalmente, ou seja, a cada 30 dias, em reuniões ordinárias e poderá, de acordo com a urgência da matéria, reunir-se extraordinariamente.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Diretor Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 17º As reuniões do NQSP são agendadas trimestralmente, via cronograma, com local e horário estabelecidos e encaminhados aos membros por e-mail para apreciação. Na semana que antecede a reunião, o coordenador envia um e-mail/lembrete com a pauta a ser discutida.

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

Art. 18º O quórum mínimo das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do NSP.

Art. 19º O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do NQSP.

Art. 20º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

CAPÍTULO VIII

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 21º As deliberações do NQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

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

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

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

CAPÍTULO IX

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 22º - O apoio administrativo ao NQSP será realizado pelo seu secretário e na ausência deste poderá ser assessorado por um dos representantes.

Art. 23º - São consideradas atividades administrativas:

I. Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades do NQSP;

II. Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda do NQSP;

III. Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas.

Parágrafo Único. O NQSP do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD usará a estrutura física cedida pela Diretoria Geral para a guarda de documentos, portarias, atas e outros.

CAPÍTULO X

DAS REUNIÕES

Art. 24º - Quando as reuniões do NQSP acontecerem no horário de expediente, o membro participante do núcleo dever ser liberado e a chefia designar outro colaborador para desempenhar a função do mesmo, para que não haja prejuízo das atividades.

Art.25º - Quando as reuniões do NQSP acontecerem fora do horário de expediente, o membro participante do núcleo receberá as horas de participação em folgas, cujo dia deverá ser acordado com chefia, sem prejuízo das atividades.

Art.26º - Cabe à chefia de cada setor e/ou unidade exigir a confirmação da participação do membro do NQSP nas reuniões.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27º - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 28º - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 29º - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - NQSP											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											

Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

melhorias nos processos												
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto à comissão e o preenchimento adequado dos documentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de												
				X	X	X	X	X	X	X	X	X

eventos sentinelas e eventos adversos												
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.11. NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR (NVEH)

Membros:

I - Coordenador(a);

II - Enfermeiro(a);

III - Médico(a) epidemiologista;

IV - Técnico de enfermagem;

V - Representante administrativo.

Finalidade:

e

O NVEH do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD observará as normas da Portaria GM/MS nº 2.472 de 31.08.2010 que instrui sobre a detecção, investigação e notificação de doenças de notificação compulsória e outros agravos, e atuará coordenadamente com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS).

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar - NVEH do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é o Colegiado responsável pela elaboração e execução dos fluxos em epidemiologia hospitalar, abrangendo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória e outros agravos de interesse à saúde pública.

Art. 2º - Tem natureza consultiva e deliberativa, de duração indeterminada.

Art. 3º - Suas ações são fundamentadas por este regimento, pela Lei nº 6.259/75, pelo Decreto nº 78.231/76, pela Lei nº 8.080/90 e pela Portaria nº 2.254/10.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - Compete ao NVEH do HECAD:

I - Sistematizar as medidas de prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II - Estabelecer os processos e fluxos do HECAD para organização das ações em Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

III - Atuar conjuntamente com a Comissão de Educação Continuada para estimular debates, estudos e produção de conhecimento;

IV - Promover o diálogo permanente com os demais gestores do HECAD para a melhoria dos processos e fluxos organizacionais em Vigilância Epidemiológica Hospitalar;

V - Fazer a busca ativa e passiva em todas as unidades de interesse no HECAD para orientação aos funcionários quanto à notificação de doenças de notificação compulsória e seus agravos.

VI - Investigar e notificar as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) nas dependências do HECAD através dos protocolos e fichas padronizadas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - São membros do NVEH:

I - Coordenador(a);

II - Enfermeiro(a);

III - Médico(a) epidemiologista;

IV - Técnico de enfermagem;

V - Representante administrativo.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5º - O NVEH dos deverá seguir as normas do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e das normas complementares da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-GO e normas do Município de Jaraguá.

Art. 6º - São atribuições do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar:

I - Elaborar e manter em operação um sistema de busca ativa para os pacientes internados e atendidos em pronto-socorro e ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças e agravos;

II - Instituir, manter em operação e atualizar sempre que necessário um sistema de busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil, infantil e fetal, nos termos das Portarias nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, e 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, e dos óbitos por doença infecciosa e mal definidos;

III - Notificar ao primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica as doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) detectados no âmbito hospitalar, de acordo com os instrumentos e fluxos de notificações definidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);

IV - Realizar a investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos detectados no ambiente hospitalar, em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Saúde de Goiás (SES), incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SVS/MS;

V - 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 e em articulação com a SMS e com a SES, nos termos da Portaria nº 1.119/GM/MS, de 2008;

VI - Participar da investigação dos óbitos infantis e fetais ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a Comissão de Análise de Óbitos e Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil em articulação com a SMS e com a SES-GO, nos termos definidos na Portaria nº 72/GM/MS, de 2010;

VII - Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa mal definida ocorridos no ambiente hospitalar;

VIII - Desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica – tais como os Serviços de Arquivo Médico e de Patologia; a Comissão de Revisão de Prontuário, de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar; a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; a farmácia e o laboratório, para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

IX - Validar as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo código da Classificação Internacional de Doenças (CID) indique tratar-se de internação por doença de notificação compulsória, nos termos definidos na Portaria Conjunta nº 20/SAS/SVS/MS, de 25 de maio 2005;

X - Atuar em conjunto com a Comissão de Educação Continuada para promover treinamentos para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar;

XI - Acompanhar e revisar o preenchimento das declarações de óbitos e de nascidos vivos;

XII - Monitorar, avaliar e divulgar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e municipais no que tange aos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XIII - Realizar o monitoramento de pessoas hospitalizadas por doenças e agravos prioritários para o SNVS, de acordo com as prioridades definidas pela SVS/MS, com base na situação epidemiológica e na viabilidade operacional;

XIV - Dar suporte, estimular ou desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC, em consonância com as prioridades definidas pelos gestores do SNVS.

Art. 7º - São atribuições do Coordenador:

I. Convocar e coordenar as reuniões.

II. Indicar os demais membros do Núcleo.

III. Representar o Núcleo junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções do Núcleo previamente aprovados pelos membros desta.

V. Fazer cumprir o regimento.

VI. Emitir voto de qualidade (voto de Minerva) além do seu voto como membro da Comissão.

Parágrafo único. As atribuições do Vice Coordenador serão assumir as atividades do Coordenador na sua ausência.

Art. 8º - São atribuições e competências da Secretaria do Núcleo:

I. Atualizar diariamente a agenda do Núcleo.

II. Dar recebimento e protocolar os processos e expedientes;

III. Encaminhar convocação de reunião aos membros do Núcleo;

IV. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

V. Convocar os membros do Núcleo para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

VI. Organizar e manter o arquivo do Núcleo;

VI. Preparar a correspondência;

VII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador, relacionadas ao serviço;

VIII. Solicitar à chefia da unidade ou ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DAS FUNÇÕES

Art. 9º - O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar terá suas reuniões organizadas e sendo feitas de forma ordinária, mensal e extraordinária quando requisitado. As reuniões devem ser marcadas com o mínimo de 24 (vinte e quatro) horas de antecedência e com dia, local e horário marcados definidos, devendo ser lavrada em livro próprio.

Art. 10 - Para aprovação das deliberações da NVEH, será utilizado o método de maioria simples e deverá ter quorum de ao menos metade de todos os membros.

Art. 11 - Membros convidados não originais da composição presente, não terão direito a voto, apesar de poder opinar sobre os assuntos em pauta.

Art. 12 - O NVEH obriga a todos os membros a estarem presentes nas reuniões. Caso o membro falte 3 vezes seguidas durante o ano ou 5 vezes não consecutivas ele será automaticamente substituído pela direção. Dessa forma, a pessoa que não puder comparecer deverá avisar com antecedência e, por escrito, justificar seu não comparecimento

Art. 13 - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares, os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado.

Art. 14 - O NVEH pautará sua atuação na legislação sanitária vigente.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15º - Este regulamento poderá sofrer alterações no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 16º - Os casos omissos serão resolvidos por meio de reunião pelo núcleo para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 17º - O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EMIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR – NVEH											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros do núcleo	X											
Estruturação dos membros do núcleo	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno do núcleo	X											
Aprovação dos membros do núcleo	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Implementar as ações do núcleo como forma de identificar melhorias nos processos												
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados												
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto ao Núcleo e o preenchimento adequado dos documentos												
Promover transparência dos												

dados conforme LAI												
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.12. COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE

Membros:

A Comissão de Avaliação e Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por 02 (dois) representantes do quadro de colaboradores da assistência, 02 (dois) da Gerência Administrativa e 02 (dois) da área de Ensino e Pesquisa capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

A escolha dos membros da Comissão de Avaliação e Qualidade deverá considerar as diferentes áreas da unidade abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Finalidade:

O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente e eficiência na gestão.

A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade da unidade e oportunidades de melhorias.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Regimento Interno da Comissão de Avaliação e Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

Art. 2º A Comissão de Avaliação e Qualidade do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa Patris de Gestão da Qualidade e no Guia Patris de Avaliação da Qualidade. A avaliação interna, também designada de auto avaliação, consiste na avaliação da unidade realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 3º A Comissão de Avaliação e Qualidade é um órgão de assessoria direta da Diretoria Geral formado por profissionais do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD qualificados para o planejamento e execução da avaliação de qualidade.

Art. 4º A autoavaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas da unidade frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade.

Art. 5º O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente e eficiência na gestão.

§1º A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2º A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade da unidade e oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 6º Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional da unidade, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação e Qualidade por portaria institucional. Deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliação e Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação e Qualidade: profissional integrante da Comissão, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe e deverá ser designado por portaria institucional.

III - Avaliação Interna da Qualidade (auto avaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe da unidade para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de Qualidade, visando a melhoria contínua do desempenho.

IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de toda a unidade, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

V - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação dos setores da unidade individualmente com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação e Qualidade.

VII - Líder da qualidade: profissional que acredita na gestão da qualidade e exerce a liderança em seu setor de atuação promovendo a qualidade nos processos, independentemente de cargo ou função, contribuindo para a avaliação interna da qualidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 7º A Comissão de Avaliação e Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por 02 (dois) representantes do quadro de colaboradores da assistência, 02 (dois) da Gerência Administrativa e 02 (dois) da área de Ensino e Pesquisa capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 8º A escolha dos membros da Comissão de Avaliação e Qualidade deverá considerar as diferentes áreas da unidade abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Parágrafo único. Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão de Avaliação e Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

Art. 9º A Comissão contará obrigatoriamente com um Coordenador, selecionado pela Diretoria Geral, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão de Avaliação e Qualidade na instituição.

Parágrafo único. O Coordenador deve ser vinculado ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP), responsável pelo desenvolvimento das atividades de gestão da qualidade na unidade.

CAPÍTULO IV

DA INSTITUIÇÃO

Art. 10. A Comissão será instituída formalmente através de portaria emitida pela Diretoria Geral. Parágrafo Único. Os representantes serão designados pelas respectivas áreas, conforme quantidade estipulada no artigo sétimo.

Art. 11. A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo e matrícula dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador designado pela Diretoria Geral.

Art. 12. A Portaria de composição deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13. A Comissão de Avaliação e Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 14. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I - Cumprir este Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação e Qualidade;

III - Realizar a avaliação interna na unidade;

IV - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões;

VI - Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela Diretoria Geral.

VIII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 15. Compete ao Coordenador da Comissão de Avaliação e Qualidade:

I - Selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II - Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV - Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V - Distribuir tarefas entre seus membros;

VI - Responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII - Representar a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade perante a alta administração;

VIII - Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

IX - Encaminhar à Diretoria Geral da instituição os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;

X - Garantir o desenvolvimento das atividades dos Avaliadores Internos na instituição com o apoio da Diretoria Geral

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 16. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno da unidade, devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, à missão, visão e valores da mesma.

Art. 17. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a auto avaliação, cada área da unidade deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a auto avaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria. A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação e Qualidade.

Art. 18. A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez ao mês.

§1º Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2º As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de 06 (seis) membros.

§3º As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião com a assinatura dos presentes.

§4º O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação e Qualidade no ano subsequente.

Art. 19. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da AVAQualis com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 20. As deliberações da AVAQualis deverão ser encaminhadas à Diretoria Geral, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 21. A participação na Comissão de Avaliação e Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da AVAQualis deverá encaminhar periodicamente para a chefia imediata a carga horária necessária para as atividades de cada membro a depender do número de avaliações previstas no período

CAPÍTULO VII

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 22. Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 23. Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a AVAQualis.

Art. 24. O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD deverá proporcionar capacitações complementares necessárias à execução dos processos de avaliação interna.

Parágrafo único. A solicitação de capacitação complementar deverá ser realizada pelo Coordenador da Comissão à Diretoria Geral apresentando a devida justificativa.

CAPÍTULO VIII

DAS AVALIAÇÕES

Art. 25. A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

§ 1º Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da AVAQualis.

§ 2º A avaliação deverá ser realizada obrigatoriamente por dois membros da Comissão.

Art. 26. O chefe do setor a ser avaliada deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de sete dias.

Art. 27. A comunicação com o chefe da unidade deverá acontecer por e-mail informando a data da avaliação, o nome dos avaliadores, os requisitos que serão avaliados e a previsão de tempo de avaliação. Além disto, é necessário que o chefe indique representante da unidade responsável pelo acompanhamento da avaliação.

Art. 28. A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando as especificidades da unidade a ser visitada, relatórios de avaliação anteriores (se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas.

Art. 29. A avaliação deverá ser iniciada com uma reunião prévia com os representantes do setor a fim de apresentar a equipe avaliadora, estabelecer os objetivos da avaliação e apresentar a metodologia de avaliação.

Art. 30. A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de Qualidade.

Art. 31. Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO IX

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 32. Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentadas pela equipe da AVAQualis. A cada avaliação o coordenador deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

Art. 33. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

- I - Identificação do local, data e horário da avaliação;
 - II - Identificação dos avaliadores internos;
 - III - Identificação dos responsáveis do setor que acompanharam a avaliação;
 - IV - Identificação do chefe da unidade avaliada;
 - V - Citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;
 - VI - Identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes em relação aos requisitos da documentação de referência;
-

VII - Observações da equipe de avaliação como oportunidades de melhorias.

Art. 34. O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até 5 dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo único. O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico.

Art. 35. O relatório deverá ser enviado pelo Coordenador da Comissão ao Chefe da unidade avaliada em até 7 dias úteis a contar da data de encerramento da visita.

Art. 36. O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da AVAQualis em até cinco dias úteis, após o recebimento do relatório.

Art. 37. O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições dos setores avaliados. Essa decisão deverá ser comunicada ao setor avaliado em até sete dias a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 38. O relatório final deverá ser assinado via SEI pelo coordenador da AVAQualis, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pelo setor avaliado.

Art. 39. O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas parciais da qualidade a Diretoria Geral/Alta Governança a cada três meses.

Art. 40. A avaliação interna parcial estará concluída quando da entrega do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

Art. 41. A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores da unidade ao Serviço de Gestão da Qualidade da Sede do Instituto Patris.

Parágrafo único. O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas, publicado em documento específico.

CAPÍTULO X

DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 42. A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá analisar as não conformidades e oportunidades de melhoria para estabelecer planos de ação para adequação da unidade aos requisitos de qualidade.

Art. 43. A elaboração do plano será realizada por cada unidade.

Art. 44. A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão de e da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral.

Art. 45. Cada Setor terá 30 dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 47. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade, apresentando a situação da unidade frente

aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de Qualidade.

§1º O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação e Qualidade

e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelo Diretor Geral antes do envio a SES/GO.

§3º Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 48. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, a unidade poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes Diretorias do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 49. A Comissão de Avaliação e Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias.

Art. 50. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação e Qualidade e submetidos à apreciação final da Diretoria Geral.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros do núcleo	X											
Estruturação dos membros do núcleo	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno do núcleo	X											
Aprovação dos membros do núcleo	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										

Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações do núcleo como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto ao Núcleo e o preenchimento adequado dos documentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.13. COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Membros:

A Comissão será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, e deverá ser nomeada por ato próprio da Diretoria Geral será norteadada pelo Regimento Interno de Análise e Revisão de Prontuários.

A Comissão deverá ser composta por no mínimo 4 (quatro) membros, sendo formado por profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, administradores, etc).

Caso a Comissão seja formada por mais 4 (quatro) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) médicos. Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

O presidente da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será obrigatoriamente médico e acrescida dos seguintes profissionais da Unidade de Saúde:

I- 1 (um) médico;

II- 1 (um) enfermeiro;

III- 2 (dois) membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social);

IV- 1 (um) membro do SAME.

Finalidade:

As ações da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, no âmbito da qualidade abrangem os seguintes itens:

I- Corrigir fatores que não permitindo a continuidade da assistência;

II- Identificar meios que possibilite a elaboração do diagnóstico, avaliação mais eficiente do paciente, a comunicação entre diferentes equipes e entre diferentes períodos de tempo;

III- Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para o paciente. Informando sobre alguma reação adversa a medicamentos que o paciente possa ter;

IV- Garantir que o prontuário seja uma fonte de segurança para os profissionais de saúde que o utilizam: para fins ético-legais, comprovando a presteza e o correto atendimento ao paciente;

V – Garantir que o prontuário seja uma fonte de pesquisa. Prontuários corretamente preenchidos são preciosos auxiliares para a pesquisa, fornecem dados que possibilitam a realização de trabalhos científicos que irão beneficiar o tratamento das doenças;

VI- Contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada a população da região;

VII – Orientar a diretoria responsável da unidade com relação a prática que entender cabíveis, no âmbito de sua área de atuação.

VIII- Através da avaliação dos prontuários, assim como dos indicadores resultantes destas avaliações, espera-se atingir a qualidade na realização dos processos que balizam a Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, sendo que estes indicadores resultantes das avaliações, auxiliem atingir a qualidade, sendo eles:

- a) número de prontuários avaliados;
- b) Taxa (%) de prontuários avaliados;
- c) nº de prontuários com identificação completa;
- d) nº de prontuários completos em relação a avaliação, exames e resultados de exames;
- e) nº de prontuários com letra legível;
- f) nº de prontuários com Checklist de procedimento completo;
- g) nº de prontuários com ficha anestésica preenchida;
- h) nº de prontuários com plano terapêutico;
- i) taxa de prontuários com plano terapêutico;
- j) nº de prontuários com informe de alta;
- l) nº de prontuários sem informe de alta;

m) Taxa (%) de prontuários com informe de alta.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA MISSÃO

Artigo 1º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, doravante denominada simplesmente de Comissão de Prontuários, tem como missão a busca da melhoria da qualidade dos registros e anotações necessárias para a elaboração do Prontuário Clínico, dada a sua importância, dentre elas:

I. O Paciente: como instrumento de defesa legal; para otimizar o tempo de permanência no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, para um diagnóstico e tratamento mais seguros. Importante ressaltar que o Prontuário é um documento do paciente;

II. A Equipe de Saúde: como instrumento de defesa, de diagnóstico, de tratamento, de acompanhamento da história do paciente: demonstrando o padrão do atendimento prestado;

III. O Ensino e a Pesquisa: como fonte principal de dados estatísticos, para a elaboração de estudos e pesquisas sobre as situações do processo saúde- doença referentes ao território da microrregião (diagnóstico das necessidades, diagnóstico nosológico e perfil epidemiológico);

IV. O Sistema de Saúde: como ferramenta integradora dos cuidados nos vários serviços de saúde, pontos de atenção da rede por onde o paciente caminha: Unidades Básicas de Saúde; Ambulatórios de Especialidades.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários será constituída por um grupo multiprofissional (profissionais de nível superior e técnico), atuante no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, tendo por finalidade: verificar, avaliar, sugerir, e orientar a formulação dos prontuários e registros Clínicos e Técnicos utilizados na Unidade.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - À Comissão de Prontuários compete:

- I. Avaliar a qualidade dos registros e anotações contidas nos prontuários;
- II. Implantar o padrão do prontuário clínico, sugerindo medidas;
- III. Supervisionar e orientar a atuação dos profissionais, no seu âmbito;
- IV. Analisar os impressos e sugerir modificações;
- V. Verificar o padrão de atendimento prestado.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 4º - A Comissão de Prontuários terá caráter normatizador e supervisor e atuará junto aos diversos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários clínicos.

Artigo 5º - A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção, de controle e avaliação.

Artigo 6º - A Comissão de Prontuários, por ser um órgão de assessoria, não terá estrutura funcional, contando em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Artigo 7º - A participação da Comissão de Prontuários não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros, bem como em redução das tarefas normais e rotineiras dos participantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições da Comissão de Prontuários:

I. A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

II. Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

III. Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

IV. Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

V. Normatizar o preenchimento das contra referências conforme orientação da Direção de competência;

VI. Criar e aprovar normas que regulamente o fluxo de prontuários da instituição;

VII. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

VIII. Assessorar a Direção da unidade, em assuntos de sua competência;

IX. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica e de Enfermagem da unidade, com as quais deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas;

X. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

XI. Desenvolver atividades de caráter técnico – científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do Presidente da Comissão:

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Indicar seu vice-presidente

III. Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

IV. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

V. Fazer cumprir o regimento interno;

VI. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade;

VII. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá o vicepresidente.

Parágrafo Único - As atribuições do vice-presidente: assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Artigo 10º - São atribuições e competências do Apoio Administrativo da Comissão:

I. Organizar a ordem do dia;

II. Receber e protocolar os processos e expedientes;

III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;

IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

V. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VI. Preparar a correspondência

VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço;

VIII. Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VI

DOS MEMBROS

Artigo 11º - Os membros da Comissão de Prontuários distribuem-se na sequência abaixo:

I- 1 (um) médico;

II- 1 (um) enfermeiro;

III- 2 (dois) membros da equipe multiprofissional (sendo necessariamente 1 assistente social);

IV- 1 (um) membro do SAME.

Artigo 12º - Ao Presidente compete:

I. Presidir e coordenar as atividades da Comissão;

II. Coordenar as reuniões da Comissão;

III. Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;

IV. Representar a Comissão;

V. Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

VI. Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades.

Artigo 13º- Aos demais Membros Representativos da Comissão (Titular e Suplente) compete:

I. Comparecer às reuniões quando convocados, ou em seu impedimento, encaminhar um

substituto, previamente homologado pela Comissão para tal fim;

II. Verificar a qualidade dos registros e anotações, bem como a organização geral dos Prontuários e registros médicos. Sugerir medidas para a melhoria dos registros, anotações, do prontuário em geral, inclusive de aspectos de guarda e arquivo;

III. Normatizar e orientar a atuação dos profissionais envolvidos na elaboração dos prontuários;

IV. Analisar os impressos e propor modificações quando necessário.

Artigo 14º - Ao Membro representante do apoio administrativo compete: I. Redigir ata de reunião de forma clara;

II. Encaminhar convocação de reunião aos membros da Comissão;

III. Manter os arquivos que se fizerem necessários em ordem.

CAPÍTULO VII

DAS FUNÇÕES

Artigo 15º - A Comissão de Prontuários se reunirá ordinariamente, mensalmente extraordinariamente, quando for necessário, em dia, local e hora previamente estabelecidos, pela convocação, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, devendo ser lavrada em livro próprio.

Artigo 16º - Para aprovação das deliberações da Comissão de Prontuários, exigir-se-á presença de metade dos membros, prevalecendo a deliberação da maioria.

Artigo 17º - Poderão participar das reuniões, membros da força de trabalho, como convidados, quando sua presença for necessária para a elucidação de dúvidas e subsidiar a deliberação da Comissão, sem direito a voto.

Artigo 18º - A presença às reuniões da Comissão de Prontuários é obrigatória a todos os membros, sendo automaticamente substituído o membro que atingir três faltas consecutivas.

Artigo 19º - O membro que não puder comparecer à reunião, deverá avisar com antecedência e justificar por escrito o seu não comparecimento.

Artigo 20º - É dever de todo membro da Comissão divulgar, entre seus pares os conhecimentos e esclarecer dúvidas, quando solicitado

Artigo 21º - A Comissão de Prontuários pautará sua atuação na legislação sanitária vigente, em especial observando os termos da Resolução Nº. 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina, que define prontuário médico como o 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.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 22º - O presente Regimento interno entrará em vigor após sua aprovação.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIO												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X												
Estruturação dos membros da comissão	X												
Definição das atribuições	X												

Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.14. COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

Membros:

- I. Presidente;
- II. Vice-presidente
- III. Representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- IV. Representante do Núcleo de Comissões;
- V. Um enfermeiro.

Finalidade:

A Comissão de Revisão / Avaliação de Óbitos – CAO tem por finalidades analisar os óbitos, procedimentos e condutas profissionais realizados, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1º A Comissão de Avaliação de Óbitos foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS n.º 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Portaria MS/GM nº 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis.

Art. 2º A atuação da Comissão é técnico-científica, sigilosa, não podendo ser coercitiva ou punitiva.

Parágrafo único. As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão e desencadeadas pelo Presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da CAO do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD:

I. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos;

II. um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da instituição.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º Será composta e nomeada pelos membros do quadro funcional do HECAD a Comissão por diretrizes da portaria da Diretoria da Unidade, publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

- I. Direção Clínica;
- II. Representante do Setor de Vigilância em Saúde;
- III. Representante do Núcleo de Comissões;
- IV. Um enfermeiro.

§ 1º Se, por forças maiores, os chefes de Unidades forem impedidos de participar, os mesmos terão autonomia para escolher seus representantes.

§ 2º A Comissão será livre para permitir a participação de outros profissionais caso o achar necessário.

§ 3º A Diretoria do HECAD deverá nomear os membros por meio de portaria e a mesma deverá ser publicada no Boletim de Serviço da instituição.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 5º Em virtude de mudança eventual dos membros da Comissão, os nomes dos substitutos deverão ser encaminhados à Diretoria, via Coordenação do Núcleo de

Comissões, para que seja alterada a Portaria de nomeação. Em seguida, os nomes deverão ser encaminhados ao Núcleo de Comissões para alteração da portaria de nomeação.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 6º A Comissão de Avaliação de Óbitos se reunirá ao menos uma vez ao mês, com temática, data, local e horários previamente definidos e comunicados.

§ 1º Os membros da comissão, indicados pelos superiores, que, no período de 1 (um) ano faltarem por 3 vezes seguidas ou 5 intercaladas e que não apresentarem justificativa até o início da próxima reunião serão punidos com a remoção de sua participação da remoção e caberá à chefia definir a nova representação.

§ 2º O Presidente comunicará ao Núcleo de Comissões a eventual saída de um membro, por qualquer que seja o motivo, e caberá à chefia definir a nova indicação.

§ 3º As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata e arquivada contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisões que foram discutidas e decididas;

§ 4º Para a avaliação de assuntos específicos bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito, deverá ser nomeado um relator, convidado ou consultor, que apresentará o parecer até o período previamente determinado.

Art. 7º Quando ausente o Presidente e o Vice-Presidente, o Secretário conduzirá a reunião.

Art. 8º As decisões deliberadas pela Comissão terão como método de decisão a votação aberta que deve ser justificada pelo voto da maioria simples dos membros presentes.

Art. 9º Os membros da Comissão deverão manter em sigilo ético os assuntos e decisões tratadas pelas reuniões a não ser que seja permitido também pela mesma comissão tornar público o assunto ou decisão por meio do voto da maioria simples.

Art. 10 reuniões extraordinárias, sem marcação prévia poderão ser realizadas para atender tópicos urgentes.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente e pelo Vice-presidente. No caso de ausência do mesmo, a maioria dos membros poderá convocar a reunião.

Art. 11 Os instrumentos utilizados pela Comissão de Revisão e Avaliação de Óbitos serão escolhidos e elaborados de acordo com os dados mínimos exigidos pela legislação.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 13 A Direção do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, assim como a Comissão de Ética Médica deverão ser comunicadas formalmente sobre as deliberações desta Comissão sobre a correção ou reparação de distorções e/ou

irregularidades verificadas durante as análises dos óbitos e preenchimento das Declarações de Óbitos – DO's.

Art. 14 São atribuições dos membros da Comissão de Avaliação de Óbitos:

I. Emitir parecer sobre as matérias que lhes forem demandadas;

II. Colaborar com a Comissão de Documentação Médica e Estatística para a produção das normas a serem utilizadas em procedimentos de auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

III. Rever prospectivamente todos os prontuários de pacientes que foram a óbito e retrospectivamente em caso de auditoria/investigação;

IV. Apresentar relatórios mensais com análise técnica, científica e estatística de 100% (cem por cento) dos óbitos, com vistas à correção nos procedimentos e condutas que conduzam à diminuição dos óbitos.

V. Padronizar o registro médico nos atestados de óbitos e fiscalizar o correto preenchimento deles;

VI. Convocar o médico que atestou o óbito em caso de informações conflitantes, incorretas ou imprecisas;

VII. Proceder a revisão periódica das normas e instruções em conjunto com a Comissão de Documentação Médica e Estatística de modo a adequá-las às políticas nacionais e portarias da SES-GO, com a finalidade de melhorar a qualidade e precisão das informações dos prontuários de óbito;

VIII. Manter o sigilo das informações;

IX. Produzir parecer técnico contendo relatório estatístico periódico de modo a prover os sistemas de informação da SES-GO sem descuidar do sigilo ético das informações;

X. Prover a alta governança da Instituição de informações úteis para a tomada de decisão executiva;

XI. Definir metas para o ano subsequente;

XII. Promover a atualização técnica da equipe que compõe a Comissão de Revisão de Óbitos;

XIII. Manter os servidores da instituição atualizados quanto aos procedimentos post mortem e preenchimento correto dos documentos relativos aos óbitos.

Art. 15 São atribuições do Presidente da Comissão e do Vice-presidente, na ausência do presidente:

I. Convocar periodicamente as reuniões e presidi-las;

II. Convocar o Vice-presidente para substituí-lo quando necessitar de afastamento;

III. Representar a comissão junto à direção do HECAD, ou indicar seu representante;

IV. Assinar todos os documentos gerados pela Comissão;

V. Zelar pelo cumprimento o regimento da Comissão;

Art. 16 São atribuições da secretaria da Comissão:

- I. Atualizar diariamente a agenda da Comissão;
- II. Dar recebimento e protocolar os processos e expedientes;
- III. Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- IV. Convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;
- V. Organizar e manter o arquivo da comissão;
- VI. Preparar a correspondência;
- VII. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
- VIII. Solicitar ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los após o trabalho realizado.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17 A Comissão, juntamente com a Diretoria, deverá deliberar e criar resoluções para os casos omissos.

Art. 18 Este regimento poderá ser modificado de acordo com as decisões da própria comissão e também por adoção de legislações que influenciam os assuntos aqui tocados.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para												

X

análise sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.15. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

Membros:

I. 01 (um) Coordenador-Geral;

II. 01 (um) Vice-Coordenador;

III. 01 (um) médico supervisor, e respectivo suplente, por Programa de Residência Médica, membro do corpo clínico do Hospital de Ensino (HE) ou do corpo docente do Curso de Graduação em Medicina;

IV. 01 (um) representante dos médicos residentes de cada um dos Programas de Residência Médica e respectivos suplentes, indicados por seus pares;

V. 01 (um) representante docente, e seu suplente, indicados pelo Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

VI. 01 (um) estudante do Curso de Graduação em Medicina, e respectivo suplente, indicado pelos seus pares.

Finalidade:

A Comissão de Residência Médica, doravante denominada COREME, é órgão de assessoria vinculado ao Curso de Graduação em Medicina encarregada da Coordenação da Residência Médica, com a finalidade de planejar e zelar pela perfeita execução dos

Programas de Residência Médica (PRM) e atividades correlatas, no âmbito do Hospital de Ensino, de acordo com a legislação em vigor.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES E PRINCÍPIOS GERAIS

Art.1º O programa de Residência Médica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, com períodos de atividade e orientação determinados pelo corpo clínico do Hospital de Ensino, sob a orientação de médicos com reconhecida qualificação e experiência profissional.

§1º Outras unidades de saúde, com qualificação para o bom preparo do profissional médico, poderão ser incorporadas à Residência Médica do HECAD, com a devida justificativa e aprovação nas diferentes instâncias e com a anuência da Comissão de Residência Médica do HECAD (COREME).

§2º. O Programa de Residência Médica é representado pela Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital de Ensino (HE) e pelos Programas de Residência Médica (PRM) nas especialidades e áreas de atuação devidamente credenciados por órgãos competentes, conforme determina a legislação vigente.

§3º. A COREME do Hospital de Ensino (HE) tem como objetivo planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os PRM da instituição. Ela é gerida pelas normas vigentes dos órgãos responsáveis pela matéria e pelo seu Regimento Interno.

Art. 2º - Os Programas de Residência Médica (PRM) têm como objetivo fundamental o progressivo aperfeiçoamento profissional e científico, bem como, de habilidades e atitudes do médico nas várias áreas do conhecimento, tendo em vista a capacitação e qualificação que possibilitem o desempenho ético e técnico-científico da profissão.

CAPÍTULO II

DA COORDENAÇÃO

Art. 3º. A Coordenação do Programa de Residência Médica na Faculdade de Medicina do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD será exercida pela Comissão de Residência Médica (COREME/HECAD).

Parágrafo Único - As competências e estruturas de funcionamento da COREME serão definidas em regimento próprio, submetido ao Colegiado da FM/HECAD.

Art. 4º. Compete à Coordenação do Programa de Residência Médica (PRM):

- I. Coordenar o PRM e executar suas decisões;
- II. Supervisionar o treinamento dos médicos residentes;
- III. Apresentar à COREME-HE a avaliação semestral dos médicos residentes;
- IV. Aplicar penalidade de advertência verbal.

Art. 5º - Cada Programa de Residência Médica ficará sob a responsabilidade de um Supervisor Médico e seu suplente, indicados pelo respectivo programa de residência médica e referendado pelo Colegiado de Curso.

§ 1º – Sempre que julgar necessário, o médico residente, individualmente ou em grupo, encaminhará as suas eventuais solicitações e reivindicações ao responsável imediato pelo estágio e ao médico supervisor do PRM. O médico supervisor do PRM julgará a pertinência de acionar a COREME para resolução do evento, devendo, entretanto, sempre encaminhar à COREME relatório final sobre o caso.

§ 2º – O médico residente, individualmente ou em grupo, diretamente, ou por intermédio de suas representações associativas, poderá acionar qualquer das instâncias mencionadas no parágrafo 1º deste artigo.

Art. 6º - Cada Programa de Residência Médica ficará sob a responsabilidade de um Supervisor de Área, médico, indicado pelo respectivo Programa de Residência Médica e referendado pelo Colegiado de Curso.

Art. 7º - São atribuições do Supervisor de Área:

I. manter os PRMs devidamente atualizados e em condições de funcionalidade, obedecendo às regras vigentes neste regulamento e nas demais normativas institucionais e da CNRM;

II. indicar à COREME a composição das bancas examinadoras para o Processo Seletivo de novos médicos residentes dos PRMs;

III. promover, acompanhar e avaliar o bom andamento dos diferentes PRMs, em conjunto com os supervisores dos PRMs;

IV. indicar, em conjunto com os preceptores do PRM, o supervisor do respectivo programa, de acordo com a Direção da Faculdade de Medicina.

Art. 8º - Cada PRM ficará sob a responsabilidade de um supervisor médico e terá na composição do seu corpo docente preceptores e instrutores.

§ 1º - Sempre que julgar necessário o médico residente, individualmente ou em grupo, encaminhará as suas eventuais solicitações e reivindicações ao responsável imediato pelo estágio e ao médico supervisor do PRM.

§2º - O médico supervisor do Programa julgará a pertinência de acionar a COREME para resolução do evento, devendo, entretanto, sempre encaminhar à COREME relatório final sobre o caso.

Art. 9º - Cada PRM terá um Representante dos Médicos Residentes e seu suplente, de anos diferentes, que serão indicados pelo grupo de médicos residentes do respectivo programa até o 20º dia do início do ano acadêmico, exceto nas áreas de atuação onde o PRM tem duração de um ano, em que não haverá suplente.

§ 1º - Esses nomes devem ser encaminhados ao supervisor do PRM e à COREME até o 30º dia do início do ano acadêmico. O não envio destas informações neste prazo acarretará a indicação de seus nomes pelo supervisor do respectivo PRM.

§ 2º - O Representante dos Médicos Residentes e seu suplente terão as seguintes atribuições:

- a) Representar o PRM junto à COREME, conforme Regimento Interno desta;
- b) Representar os Médicos Residentes do seu PRM junto ao supervisor, coordenador e outros setores, conforme necessário.

CAPÍTULO III

DOS DIREITOS

Art. 10 - Os médicos residentes da instituição terão pleno acesso ao presente regulamento.

Art. 11 - O médico residente fará jus a uma bolsa, com as características previstas na legislação vigente.

Art. 12 - A Instituição proporcionará alimentação aos médicos residentes, nos termos da Lei.

Art. 13 - À médica residente, quando gestante, será assegurada licença de quatro meses, mantida sua bolsa. O período de licença será reposto em ocasião a ser definida, em comum acordo entre a médica residente, o supervisor do PRM e a Faculdade de Medicina, após referendo da COREME.

Art. 14 - Ao médico residente será assegurada a licença paternidade de 5 (cinco) dias de acordo com a legislação em vigor, sem necessidade de reposição do estágio.

Art. 15 - O afastamento do médico residente, por impossibilidade de desempenhar suas atividades, será de no máximo 120 (cento e vinte) dias por ano de atividade, por motivo de saúde ou para tratar de assuntos privados, desde que devidamente justificado e aprovado pelo supervisor do Programa, pela COREME e referendado pela Comissão Estadual de Residência Médica do Estado de Goiás.

§1º – Será assegurada a manutenção de pagamento de bolsa de estudo para o afastamento motivado por problema de saúde, desde que devidamente comprovado por atestado médico, com identificação obrigatória do Código Internacional das Doenças em vigor (CID). O

afastamento por outros motivos implica a suspensão do pagamento da bolsa.

§2º - Outros afastamentos não previstos neste Regulamento poderão ser autorizados pela COREME e referendados pela Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás.

Art. 16 - Para obtenção de licença e/ou afastamento, o médico residente deve realizar todos os procedimentos relacionados na resolução da Comissão Especial de Residência Médica do Estado de Goiás.

Art. 17 – Ao médico residente está assegurado o direito de realizar o máximo de 60 (sessenta) horas semanais de trabalho, com folga semanal de 24 (vinte e quatro) horas e trinta (30) dias de férias por ano, em período a ser definido pela Unidade de Saúde Medicina em que se desenvolve o PRM, com comunicação prévia à COREME, de acordo com o previsto em Lei.

Parágrafo único – os plantões, parte integrante do processo de treinamento, não poderão ultrapassar 24 horas ininterruptas, por plantão.

CAPÍTULO IV

DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA (PRM)

Art. 18. A Residência Médica do Hospital de Ensino (HE) será desenvolvida mediante Programas de Residência Médica (PRM).

Art. 19. Os Programas de Residência Médica serão credenciados pelo órgão competente (Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)) e têm como objetivo fundamental o progressivo aperfeiçoamento profissional e científico, desenvolvendo as

competências e habilidades do médico nas diferentes áreas do conhecimento, com o objetivo de capacitá-lo e qualificá-lo para o desempenho profissional, respeitando os princípios éticos e morais que regem a medicina.

Art.20 - Os Programas de Residência Médica (PRM) a serem desenvolvidos serão definidos e propostos pela COREME e submetidos aos órgãos competentes, nos termos da lei.

§1º - Os PRMs terão duração mínima de 1 (um) ano, com carga horária anual, conforme preconizado pela CNRM. Eventuais atividades ou cursos comuns a todos os PRMs têm a sua carga horária embutida no total previsto.

§2º - Novos Programas de treinamento poderão ser criados por iniciativa do Departamento, serviços e submetidos à aprovação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

§3º - Cada especialidade terá um Coordenador de Programa de Residência Médica.

§4º - Cada Programa de Residência Médica ou especialidade terá programação própria, revista anualmente. A duração total de cada programa de treinamento será de dois (02) anos no mínimo, podendo ser ampliada em conformidade com as exigências da CNRM.

Art. 21. Os Programas de Residência Médica serão desenvolvidos com a seguinte carga horária:

I. Um total de 80 a 90% (oitenta a noventa por cento) sob a forma de treinamento em serviço, sob a supervisão de docentes ou profissionais qualificados;

II. Os demais 10 a 20% (dez a vinte por cento) com atividade teórica, por meio de sessões clínico-patológicas, clínico-radiológicas, seminários ou em outras atividades, sempre com a participação efetiva do residente.

§1º - Dentre as atividades teórico-complementares estarão temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia, Controle de Infecções Hospitalares e Bioestatística.

§2º - Estas atividades serão coordenadas pela COREME e dar-se-ão por meio de cursos modulares com a presença obrigatória do médico residente.

§3º - A ausência do médico residente, sem justificativa, acarretará advertência verbal a ser aplicada pelo supervisor do PRM, conforme consta no Regimento da COREME.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE SELEÇÃO À RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 22 - Somente podem se candidatar aos PRMs, os médicos formados no país por instituições oficiais ou reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC) ou pelos Conselhos Estaduais de Educação ou formados por instituições estrangeiras, cujos diplomas tenham sido revalidados, em consonância com a legislação em vigor.

Art. 23 - O candidato deverá apresentar a documentação em conformidade com o estabelecido no Edital.

Art. 24 - A seleção dos candidatos aos PRMs em Áreas Básicas, Especialidades com Acesso Direto e Especialidades com Pré-requisito será feita pelos órgãos competentes, nos termos da Lei.

Art.25 - Os candidatos selecionados deverão efetivar a matrícula no prazo determinado pelo edital.

Art. 26 - Vencido o prazo mencionado neste Regulamento, serão convocados os candidatos seguintes, pela ordem de classificação, de acordo com resolução nacional, dentro dos limites das normas vigentes.

Art. 27. O residente aprovado para progressão, deverá efetivar matrícula, a cada ano, no prazo estabelecido pela COREME.

CAPÍTULO VI

DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 28. A admissão do médico residente ocorrerá após processo seletivo, conforme o Regimento Interno da COREME e a legislação vigente, por meio de assinatura de Termo de Responsabilidade da Instituição.

Art. 29. O médico residente deverá cumprir, até 60 horas semanais. com a carga horária anual prevista no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FM/HECAD incluindo até 24 horas de plantão presencial, com pós-plantão nas seis (6) horas subsequentes a este, além de ter ao menos 1 (um) dia de folga semanal e período de férias anual de 30 (trinta) dias consecutivos.

Parágrafo único - A programação de férias será de responsabilidade do supervisor do PRM, não sendo permitidas férias no último mês do PRM e férias fracionadas.

Art. 30 - Licença matrimônio (oito dias) e Licença para luto (três dias), não acarretarão reposição do estágio.

Art. 31 - Outras interrupções da residência médica que não estão listadas nos artigos 12 a 16 deste regulamento, deverão ser solicitadas à COREME, pelo médico residente, com carta de autorização do supervisor do PRM.

Art. 32 - Para todos os pedidos de licença até 15 dias, descritos neste regulamento, o médico residente deverá encaminhar à COREME o Pedido de Licença, com anuência do Supervisor.

§1º - Para afastamentos acima de 15 dias, os quais implicam suspensão da bolsa até o retorno do médico residente às suas atividades, este deverá ter o Pedido de Anuência do Supervisor do PRM e encaminhar à COREME.

§ 2º - A autorização do afastamento pela Supervisão do PRM será apreciada pela COREME, que deliberará e poderá referendar ou não a solicitação, sendo a instância maior para esta decisão.

§ 3º - Para os períodos de afastamento acima de 8 (oito) dias, a reposição do período de afastamento é obrigatória e deverá ser realizada após o retorno do médico residente às suas atividades, devendo este completar a carga programática prevista, para somente após progredir para o próximo ano do PRM em que esteja inscrito ou finalizar seu PRM. O tempo de reposição deverá ser igual ao período total do afastamento do

médico-residente. Somente ao término deste tempo, o médico residente terá o direito ao certificado.

§ 4º - O afastamento do médico residente das suas atividades por mais de 7 (sete) dias consecutivos, sem nenhuma das justificativas constantes deste regulamento, será considerado como abandono e implicará desligamento sumário do PRM, devendo ser comunicado pelo Supervisor do Programa à COREME e à equipe gestora/comissão do Hospital de Ensino.

Art. 33. São atribuições dos médicos residentes:

I. Atribuições com o Hospital de Ensino (HE): os médicos residentes ao ingressarem nas suas respectivas residências médicas estarão subordinados às normas de funcionamento do

Hospital de Ensino, sendo considerados membros do Corpo Clínico do Hospital de Ensino, lotados no serviço médico da respectiva especialidade e, conseqüentemente, subordinados à Chefia do Serviço, da Unidade Gerencial, além do Supervisor do Programa de Residência Médica.

II. Atribuições com a Residência Médica: o conteúdo programático elaborado pelos PRMs, o qual contempla toda a carga horária dos médicos residentes, escala de plantões, atividades práticas e acadêmicas, com a ciência do supervisor.

§ 1º - As atividades dos programas de Residências Médica serão desenvolvidas no Hospital de Ensino e em instituições conveniadas para tal fim, aprovadas pela COREME do Hospital de Ensino e pela CNRM, conforme conteúdo programático credenciado junto a CNRM.

§ 2º - As atividades externas ao Hospital de Ensino justificam-se apenas a título de complementação do programa estabelecido pela legislação vigente.

Art. 34. São deveres e obrigações dos médicos residentes, sem prejuízo dos demais dispositivos legais aplicáveis ao exercício da profissão:

I. Cumprir os regulamentos do Hospital de Ensino, da COREME, do Código de Ética Médica e do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

II. Cumprir as normas deste regulamento;

III. Cumprir a programação a ele destinada pelo PRM e pelo Serviço ao qual ele está inserido;

IV. Comparecer a todas as atividades para as quais for convocado, em especial, quando chamado para reuniões pela COREME, pelo Supervisor, Coordenador ou Chefe de Serviço;

V. Agir com civilidade, discrição, lealdade e ética;

VI. Zelar pela conservação e economia de material que lhe for confiado, para o desempenho de suas atividades;

VII. Observar as normas e a hierarquia da Instituição;

VIII. Cumprir as determinações normativas das resoluções da CNRM, incluindo a carga horária semanal de 60 (sessenta) horas;

IX. Cumprir os plantões, segundo a escala estabelecida;

X. Zelar pelo nome do hospital;

XI. Agir com cortesia, cooperativismo e respeito com os pacientes, funcionários, colegas, alunos e preceptores;

XII. Zelar pela assiduidade e pontualidade;

XIII. Respeitar os valores do Hospital de Ensino;

XIV. Preservar e elaborar corretamente prontuários e demais documentos cujo preenchimento seja de sua competência;

XV. Conhecer o processo de avaliação de aprendizagem e submeter-se às avaliações periódicas, além de realizar as avaliações do supervisor e do PRM;

XVI. Usar uniforme convencional, completo, de acordo com as atividades a serem executadas;

XVII. Colaborar com os colegas, em situações especiais ou de emergência, sempre que solicitado, mesmo fora dos plantões;

XVIII. É vedado ao médico residente reter documentos, prontuários, informações ou instrumentos de propriedade do Hospital de Ensino, além de realizar cópias e divulgar informações sigilosas por qualquer meio, sem autorização;

XIX. Desenvolver ou participar de trabalho de pesquisa, desde que devidamente orientado por membro do corpo docente do seu PRM.

§1º - A presença do médico residente nas atividades teóricas e práticas do PRM são obrigatórias, sendo considerada falta grave a ausência injustificada nestas.

§2º - No decorrer das atividades teóricas e práticas, o médico residente não poderá se ausentar do local, a não ser com autorização do supervisor ou preceptor do PRM.

§3º - A falta ao plantão, sem justificativa, acarretará sanções previstas neste regulamento e no Regimento da COREME, sem prejuízo de demais sanções aplicáveis legais.

a) Do Regime Disciplinar

Art. 35 - Considerando que somente o profissional médico pode cursar PRM, é obrigatória a sua inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, ficando, por via de consequência, sujeito às sanções previstas pelo Código de Ética Médica.

Art. 36 - Os médicos residentes ficarão sujeitos às sanções disciplinares, conforme consta no Regimento Interno da COREME.

Parágrafo Único - Toda sanção atribuída ao médico residente será registrada em seu histórico acadêmico-profissional.

b) Do Estágio Externo

Art. 37 - A COREME poderá autorizar, após análise do processo e anuência em reunião ordinária, estágio de médico residente do Hospital de Ensino fora da Instituição, em instituição não conveniada ao Hospital de Ensino (HE) e credenciada pela CNRM para o PRM, realizado pelo solicitante.

§ 1º - O tempo máximo de estágio fora da Instituição, será de 30 dias, sendo permitidos até dois estágios por ano.

§ 2º - O médico residente deverá preencher formulário específico para participar de estágios externos ao Hospital de Ensino. Para tal, se faz necessário encaminhar solicitação à COREME que, após análise, autorizará mediante preenchimento dos documentos solicitados pela instituição externa, da qual o residente realizará o estágio.

§ 3º - O médico residente, ao término do estágio externo, deverá entregar à COREME, em até 5 (cinco) dias úteis, a avaliação do seu estágio pelo preceptor direto ou supervisor do PRM da instituição executora, para constar no histórico do médico residente.

§4º - A não entrega da documentação da instituição externa acarretará em advertência verbal a ser aplicada pelo supervisor do PRM, conforme consta no Regimento da COREME, sem prejuízo de reposição da carga horária não conferida.

Art. 38 - O Hospital de Ensino (HE) é, também, campo de estágio para médicos residentes de outras instituições, como parte dos programas credenciados junto à CNRM, desde que estabeleçam convênios para tal finalidade.

§ 1º - O médico residente oriundo de outra instituição, durante o período de estágio no Hospital de Ensino, deverá cumprir e estará subordinado a todas as normas vigentes no Hospital de Ensino, do Regimento da COREME e deste regulamento.

§ 2º - A solicitação de estágio deverá obedecer às normas presentes neste regulamento, com o preenchimento de Formulário de Solicitação de Estágio Opcional (ANEXO VII) e suas orientações.

§ 3º - A oferta de vagas para o estágio opcional do Programa de Residência Médica do Hospital de Ensino será divulgada junto à comunidade, em meio impresso e eletrônico, contendo as normas e documentação necessárias;

§ 4º - O estágio opcional não poderá ultrapassar a 02 (duas) especialidades, isto é, 60 (sessenta) dias sendo, 30 dias em cada estágio, para o mesmo residente, durante o decorrer de um ano;

§ 5º - Ao término do estágio, o residente médico receberá do preceptor do estágio ou do supervisor do PRM, onde foi realizado seu estágio, a Avaliação de Estágio (ANEXO VIII), que será o documento comprobatório da realização deste.

CAPÍTULO VII

DA AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO

Art. 39 - Para a avaliação do médico residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho conforme Ficha de Avaliação Trimestral do Médico Residente, sendo esta última, requisito obrigatório do processo de avaliação.

§ 1º - A frequência mínima das avaliações será trimestral;

§ 2º - A realização de monografia, apresentação ou publicação de artigo científico ao final do PRM fica a critério do PRM;

§ 3º - Os critérios e os resultados de cada uma das avaliações deverão ser assinados pelo supervisor do PRM e pelo médico residente avaliado.

Art. 40 - Para aprovação para o ano seguinte, assim como para a obtenção do certificado de conclusão do PRM, o médico residente deverá ter cumprido integralmente o conteúdo programático e a carga horária do PRM e obter média final conforme a norma deste regulamento.

Art. 41 - A média final obtida pelo médico-residente deverá ser igual ou maior que 7,0 (sete vírgula zero) para sua aprovação para o ano subsequente de treinamento do PRM.

Parágrafo Único - Critérios de recuperação para os médicos residentes que não obtiverem a média final mínima deverão ser estabelecidos em conjunto pelo supervisor do PRM, Chefia do Serviço com anuência da COREME.

Art. 42 - Os membros docentes dos diferentes PRMs do Hospital de Ensino (HE) serão submetidos à avaliação anual, por meio da Ficha de Avaliação do Corpo Docente do PRM.

§ 1º - O preenchimento da ficha de Avaliação de cada um dos preceptores do PRM deverá ser realizado por, pelo menos, 50% (cinquenta por cento) mais um médico residente do referido PRM. Nos PRMs com apenas um médico residente, ele fará a avaliação isoladamente;

§ 2º - A ficha deverá ser entregue ao supervisor do PRM, que assinará o documento e tomará as medidas necessárias para o bom andamento do PRM, em conjunto com os preceptores, Coordenador e Chefe do Serviço onde este programa está inserido. Na avaliação do supervisor, a assinatura de ciência deverá ser do Coordenador ou do Chefe do Serviço;

§ 3º - Nenhum médico residente sofrerá qualquer tipo de represália ou assédio por parte do corpo docente ou qualquer outro profissional atuante no Hospital de Ensino. No caso de ocorrência, o médico residente deverá informar diretamente à COREME, que encaminhará para os trâmites legais.

a) Do Certificado de Residência Médica e Declarações

Art. 43 - A expedição do Certificado de Residência Médica é competência da COREME e, será entregue somente ao residente que cumprir o presente regulamento e o Regimento Interno da COREME.

§ 1º - O Certificado de Residência Médica só terá validade após o seu registro no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

§ 2º - O Registro do Certificado de Residência Médica no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás será de responsabilidade do interessado, só podendo ser procedido após o seu devido registro na CNRM;

Art. 44 - Durante a realização do PRM, o médico terá direito à Declaração de Exercício, que deverá ser solicitada junto à COREME pelo próprio médico residente, ou seu representante legal. Não serão elaborados quaisquer outros tipos de documentos fora dos previstos em Lei.

Art. 45 - Após o término do PRM, o médico terá direito à Declaração de Conclusão, que deverá ser solicitada junto à COREME pelo próprio médico residente, ou seu representante legal. Não serão elaborados quaisquer outros tipos de documentos.

CAPÍTULO VIII

DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 46 - Sendo a Residência Médica um Curso de Pós-Graduação lato sensu, além do Regimento Interno do Hospital de Ensino e do Código de Ética Médica em vigor, os médicos residentes também estão submetidos ao regime disciplinar estabelecido no Regimento Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD e ao Código de Ética da Medicina.

§ 1º - Após as devidas apurações e tendo sido assegurado amplo direito de manifestação das partes envolvidas, serão submetidos à Comissão de Ética Médica do Hospital de Ensino, os casos em que o médico residente infringir dispositivos do Código de Ética Médica.

§ 2º - A aplicação de qualquer penalidade, ao médico residente, apenas poderá ser feita em conformidade com as normas estabelecidas no Código de Ética Médica, no Regimento Geral do HECAD e do Regimento da Faculdade de Medicina.

CAPÍTULO IX

DA SECRETARIA DA COREME

Art. 47 - O Diretor designará um(a) Secretário(a) e dois Auxiliares, que comporão o Serviço de Secretaria da COREME.

Art. 48 - Ao Secretário(a) da COREME compete:

- I. administrar o serviço de secretaria;
- II. secretariar as reuniões da COREME, lavrando as atas;

III. submeter ao Coordenador- Geral os assuntos em pauta;

IV. cumprir o que for determinado pelo Coordenador-Geral.

CAPÍTULO X

DAS REUNIÕES

Art. 49 - A COREME fará reuniões mensais ordinárias e, extraordinariamente, serão realizadas quantas reuniões se fizerem necessárias.

§1º - O calendário de reuniões ordinárias será divulgado amplamente, no início de cada ano letivo;

§2º - Será instalada sessão com a presença mínima de 1/3 (um terço) dos membros da COREME.

Art. 50 - As convocações para as reuniões deverão ser realizadas com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis para as reuniões ordinárias e de 24 (vinte e quatro) horas para as extraordinárias.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo Coordenador- Geral ou por solicitação da maioria simples dos membros da COREME.

Art. 51 - As deliberações serão aprovadas por maioria simples dos votos dos membros presentes e, em caso de empate, prevalecerá o voto do Coordenador- Geral, ouvida a Comissão Executiva de Residência Médica (COEXRM).

Art. 52 -O Coordenador- Geral, após aprovação da COREME, poderá constituir subcomissões para prestar assessorias.

Art. 53 - O Coordenador- Geral, após aprovação da COREME, poderá convidar, temporariamente, assessores para auxiliar em assuntos específicos.

Art. 54 - A COREME poderá propor a alteração, complementação ou retificação dos termos do presente Regimento Interno, a qualquer tempo.

§ 1º - As propostas referidas no caput deste artigo, poderão ser apresentadas por qualquer dos membros da COREME, acompanhadas de justificativas, e deverão ser discutidas e aprovadas pelo voto de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos membros da COREME, em reunião convocada, especificamente, para esta finalidade.

§ 2º - As propostas de alteração, complementação ou retificação deste Regimento Interno, aprovadas pela COREME, deverão ser submetidas ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 55 - As dúvidas e os casos omissos surgidos na aplicação deste Regimento Interno serão resolvidos pelo Diretor, ouvidos o Colegiado do Curso de Medicina, o Coordenador- Geral da COREME e o Coordenador da COEXRM ao qual o assunto estiver relacionado.

Art. 56 - As disposições deste Regimento Interno passam a vigorar a partir da data de sua publicação.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X	
Definição de formulário para análise		X										

sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos				X	X	X	X	X	X	X	X	X

dados conforme LAI												
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.16. SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO

Membros:

I - Médico do Trabalho;

II - Enfermeiro do Trabalho;

III - Auxiliar de enfermagem;

IV - Engenheiro em Segurança do Trabalho;

V - Técnico em Segurança no Trabalho;

V - Apoio administrativo.

Finalidade:

O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD se destina à proteção da integridade física dos funcionários da instituição contra acidentes de todos os tipos, além de se destinar a evitar a disseminação de novas doenças. É regulamentado pela Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei n.º 5.452, de 1 de maio de 1943), também tem a função de prevenção contra acidentes que prejudicam os funcionários e diminuem a produtividade da instituição.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º - O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, gerido do Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada - IGBC se destina à proteção da integridade física dos funcionários da instituição contra acidentes de todos os tipos, além de se destinar a evitar a disseminação de novas doenças. É regulamentado pela Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei n.º 5.452, de 1 de maio de 1943). Também tem a função

de prevenção contra acidentes que prejudicam os funcionários e diminuem a produtividade da instituição.

Art. 2º - Este regulamento define as regras e normas relativas à Segurança e Saúde no Trabalho aplicável a todos os profissionais em exercício no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD em todos os locais de trabalho deste hospital.

Art. 3º - O SESMT tem o objetivo de promover a segurança e saúde dos trabalhadores, não importando o vínculo laboral, elaborando estratégias para identificar e controlar os riscos iminentes e possíveis que o local de trabalho possa oferecer, ao atuar com vigilância e assim promover a saúde e segurança dos trabalhadores no hospital.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - A SESMT do HECAD tem a seguinte composição:

I - Médico do Trabalho;

II - Enfermeiro do Trabalho;

III - Auxiliar de enfermagem;

IV - Engenheiro em Segurança do Trabalho;

V - Técnico em Segurança no Trabalho;

V - Apoio administrativo.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - Compete à SESMT:

§1º - Assegurar ambiente seguro aos trabalhadores por meio de prevenção de acidentes nos seguintes aspectos:

I - Identificar pontos críticos em todo espaço gerido pelo hospital de modo a tomar medidas preventivas;

II - Aquisição de equipamentos, mobiliário e máquinas que reduzam o risco ocupacional;

III - Substituição de itens de mobiliário ou objetos perigosos à integridade física, assim como solicitar reparo de instalações que possam causar danos aos funcionários;

IV - Minimizar o contato ou exposição a agentes químicos, físicos e biológicos danosos à saúde humana;

V - Organizar o Plano de Prevenção de Acidentes de Trabalho juntamente com a CIPA de forma a diminuir o risco ocupacional e publicizá-lo;

VI - Dar ênfase a ações coletivas de proteção da saúde;

VII - Estabelecer em parceria com a CIPA, a Comissão de Proteção Radiológica, a Comissão de Acidentes com Material Biológico e a Comissão de Processamento de Produtos e Saúde um plano de vigilância permanente para identificação de riscos à saúde do trabalhador;

VIII - Estabelecer plano de contingência no combate a incêndios, evacuação de trabalhadores, materiais de primeiros socorros e equipe responsável pela ação rápida nessas eventualidades;

IX - Tornar as áreas com potencial para oferecer riscos graves aos trabalhadores restritas apenas aos profissionais devidamente habilitados para operar nesses lugares;

X - Atuar em conjunto com a CIPA na fiscalização do ambiente seguro ao trabalhador e solicitar manutenções preventivas em instalações, máquinas, equipamentos, mobiliário, ferramentas e instrumental para que tenham boas condições de utilização e funcionamento;

XI - Prover identificação, vestuário funcional e equipamentos aos trabalhadores com vistas a melhora de suas condições de segurança;

XI - Manter comunicação periódica com órgãos nacionais e internacionais para permanente melhoria das condições de saúde e segurança do trabalhador a partir da adoção de melhores estratégias e novas tecnologias.

XII - Determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;

XIII - colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa;

XIV - Responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

XV - Esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

XVI - Analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

XVII - Registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade;

XVIII - Manter os registros na sede do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados por um período não inferior a 5 (cinco) anos;

XIX - As atividades dos profissionais integrantes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de

imediate atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

Art. 6º - Compete aos trabalhadores:

I - Tomar conhecimento deste Regimento e cumprir as normas de segurança no ambiente de trabalho;

II - Colaborar com o HECAD na aplicação deste regimento para que haja sempre a melhoria na qualidade do trabalho em relação à segurança;

III - Apenas operar máquinas e equipamentos, substâncias perigosas com a devida qualificação para tal, com correta identificação e uniforme funcional, cumprindo as normas de segurança em seu manuseio;

IV - Não incorrer em omissão em situações potencialmente perigosas, além de zelar pela segurança pessoal e coletiva, atuando de forma empática em relação à coletividade;

V - Comunicar imediatamente aos superiores qualquer ameaça à segurança individual ou coletiva e/ou adotar medidas de emergência em caso de risco iminente à sua integridade física ou dos demais;

VI - Realizar anualmente os exames e consultas solicitados e padronizados pela Medicina do Trabalho;

§1º - Os trabalhadores não poderão arcar com os prejuízos financeiros ao aplicar medidas de segurança e saúde que necessitem de algum gasto emergencial bem como

o afastamento ou paralisação do serviço ocorrido de forma excepcional relativo à preservação da vida, segurança e saúde dos funcionários;

§2º - O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD se responsabiliza pelos seus funcionários no âmbito do hospital bem como se compromete em manter sua segurança.

Art. 7º - Todo trabalhador deve manter as seguintes informações atualizadas e informar:

I - Os riscos implícitos aos postos e funções que ocupam e se mantem atualizados quanto às medidas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho;

II - Sobre treinamentos que receberam em relação às medidas a serem tomadas em casos de emergência;

III - Que possuem conhecimento quanto às medidas coletivas e organizadas em primeiros socorros, combate a incêndios e evacuação de trabalhadores em situações de grave risco.

Art. 8º - Devem ainda ser atualizadas as informações:

I - Na admissão no hospital;

II - Sempre que houver mudança de posto de trabalho ou função;

III - Introdução de novos equipamentos de trabalho ou alteração dos existentes;

IV - Aquisição de novo instrumento tecnológico;

V - Atividades conjuntas que envolvam trabalhadores de diferentes serviços.

Art. 9º - O HECAD deve consultar os representantes dos trabalhadores sobre:

I - A avaliação dos riscos para a segurança e saúde no trabalho;

II - Medidas que devem ser adotadas em caso de emergência;

III - Designação de quais trabalhadores são responsáveis pelas medidas de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação e como é feita a disposição de material de proteção indispensável para esses casos;

IV - Informações diversas necessárias quando requisitadas.

Art. 10 - Os trabalhadores e seus representantes podem apresentar propostas que visem a melhoria da segurança no trabalho em geral.

Art. 11 - Deve ser público o acesso às:

I - Informações técnicas de objeto de registo e aos dados médicos coletivos enquanto dados estatísticos;

II - Informações técnicas sobre serviços de inspeção e outros organismos competentes no domínio da segurança e saúde no trabalho.

Art. 12 - Todos os trabalhadores do HECAD deverão ser capacitados instruídos sobre as informações básicas de prevenção e manutenção da segurança e saúde no trabalho em suas respectivas áreas.

§ 1º - A formação não poderá resultar em prejuízo financeiro para os mesmos.

§ 2º - O HECAD deve capacitar os trabalhadores responsáveis pela aplicação das medidas de primeiros socorros, de combate a incêndios e de evacuação, bem como disponibilizar lhes material adequado.

§ 3º - A capacitação dos trabalhadores deve ser uma ação coordenada com a Comissão de Educação Continuada.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13 - Este Regulamento é do conhecimento obrigatório de todos os trabalhadores do HECAD, devendo ser distribuído um exemplar a cada um deles e promovidas as adequadas medidas de divulgação tendo em conta as características de cada grupo profissional.

Art. 14 - Responsabilização

§1º - Os membros da Mesa e os dirigentes do HECAD são responsáveis pelo cumprimento do presente Regulamento e das normas legais sobre a segurança e saúde no trabalho.

§2º - A responsabilidade disciplinar não afasta a responsabilidade civil ou criminal, se for o caso.

Art. 15 - Violação culposa

§1º A violação culposa do disposto neste Regulamento e demais regimes aplicáveis, é passível de procedimento disciplinar.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para												

X

análise sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários e documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto à comissão e preenchimento dos formulários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.17. COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL (COREMU)**

Membros:

I - Coordenador Geral e Vice Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;

II - Coordenador de cada Programa de Residência;

III - Um Representante de Tutor por Área Profissional;

IV - Um Representante de Preceptor por Área Profissional;

V - Um Representante dos Residentes por Área Profissional;

VI - Um representante do Centro Universitário.

Finalidade:

Regulamentar as Residências em Área Profissional da Saúde no ambiente do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD nas modalidades Multiprofissional e Uni profissional, cuja diretriz é o ensino em serviço. A duração dos cursos que constituem ensino de Pós-Graduação será de 3 anos para o curso de odontologia e 2 anos para os demais cursos. Todos em regime de dedicação exclusiva.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - Regulamentar as Residências em Área Profissional da Saúde no ambiente do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD nas modalidades Multiprofissional e Uni profissional, cuja diretriz é o ensino em serviço. A duração dos cursos que constituem ensino de Pós-Graduação será de 3 anos para o curso de odontologia e 2 anos para os demais cursos. Todos em regime de dedicação exclusiva.

§ 1º - A Residência Multiprofissional é composta por: enfermagem, saúde coletiva, farmácia, psicologia, odontologia, biomedicina, educação física, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, ciências biológicas, física médica, terapia ocupacional, serviço social.

§ 2º - Esse programa tem como fundamento integrar o ensino, a pesquisa, a assistência à comunidade e aos diversos serviços prestados pelo Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 2º - A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde são concebidos para:

I – Atender às demandas do SUS no que concerne à realidade local e às diversas necessidades em saúde da região atendida pelo HECAD;

II – Entender o cidadão como portador de individualidade, privacidade, respeito às suas concepções políticas, religiosas e culturais, a cor da sua pele ou gênero;

III – formação integral para atuação nos diversos cenários de atenção à saúde e interdisciplinar que é componente primordial da concepção do indivíduo como um todo e participante ativo do próprio cuidado;

IV – Integrar o ensino ao serviço em saúde e à comunidade;

V – Atender aos progressos constantes das diferentes áreas de maneira a integrar os diversos saberes de forma harmônica e manutenção de constante atualização;

VI – Priorizar as necessidades locais sem descuido da perspectiva regional e nacional de saúde;

VII – priorizar a avaliação formativa, tendo como componentes o conhecimento técnico científico, a atitude crítica e reflexiva, comportamento ético e posicionamento ativo nas equipes das quais participa;

VIII – pedagogia que integre todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema Único de Saúde;

Art. 3º - Fica a cargo da instituição parceira de ensino superior a concepção final do Projeto Pedagógico (PP) dos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente.

CAPÍTULO II

DO CONCEITO

Art. 4º - A Residência Multiprofissional é um tipo de pós-graduação lato sensu ofertada a profissionais da saúde com foco no ensino em serviço e que possui

característica fundamental a imersão nas atividades desenvolvidas nos diversos setores da unidade hospitalar, sob orientação dos profissionais lotados nesses setores.

Art. 5º - A Residência Multiprofissional terá duração mínima de 2 anos com carga horária mínima de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta horas) de acordo com determinação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e em regime de dedicação exclusiva.

Art. 6º - O aluno ingressante no Programa será denominado de Residente em Área Multiprofissional.

Art. 7º - O programa de Residência Multiprofissional terá como cenários os ambientes internos do HECAD, além das unidades de saúde da Região Adstrita, como Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Estratégias Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

Art. 8º - O Programa de Residência Multiprofissional será regido por este Estatuto e dirigido por Coordenação própria e apoiado pela Comissão de Residência Multiprofissional.

CAPÍTULO III

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Art. 9º - A Comissão de Residência Multiprofissional é órgão colegiado subordinado tecnicamente à Coordenação de Pós Graduação e Extensão da instituição formadora, e a SESGO, instituição executora dos programas de residência.

Art. 10 - Compete à COREMU/HECAD/SES-GO:

- I - Fiscalizar o cumprimento deste Regulamento;
 - II - Organizar as ações de todos os participantes do programa;
 - III - Atualizar este regulamento com as políticas nacionais de Residência Multiprofissional;
 - IV - Coordenar e supervisionar as ações educativas teóricas e práticas;
 - V - Manter ambiente saudável e adequado às práticas de ensino;
 - VI - Organizar o ambiente físico, social e interpessoal de ensino/aprendizagem;
 - VII - Articular com os diferentes atores a inserção dos Residentes em seus serviços;
 - VIII - Acompanhar o desempenho dos Residentes e seu desempenho nos diferentes cenários acadêmicos;
 - IX - Manter-se informada e informar à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS sobre o programa e suas alterações e/ou atualizações;
 - X - Manter estímulo permanente à qualificação de todo o corpo administrativo e docente, preceptores e tutores;
 - XI - Revisar e propor alterações no projeto pedagógico dos programas;
 - XII - Envidar esforços para manter nível de excelência aos Programas de Residência Multiprofissional do HECAD;
-

XIII - Apreciar iniciativas de inclusão ou exclusão de outras profissões nos Programas de Residência Multiprofissional;

XIV - Preparar documentação para Credenciamento e Recredenciamento de Programas junto a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS/MEC);

XVI - Preparar e aplicar avaliações trimestrais aos Residentes dos diferentes programas;

XVI - Atuar como instância superior às demandas recursais referentes às decisões da Coordenação do Programa.

Art. 11 - COREMU/HECAD/SES-GO está vinculada à CNRMS do Ministério da Educação e é composta de colegiado multiprofissional com função executiva, consultiva, deliberativa e normativa.

§1º - A Comissão de Residência Multiprofissional terá mandato de 3 anos e poderá ser reeleita para novos mandatos.

§2º - O Coordenador Geral dos Programas de Residência Multiprofissional e seu vice coordenador serão eleitos por essa Comissão e por maioria simples.

Art. 12 - Composição da COREMU/HECAD/SES-GO:

I - Coordenador Geral e Vice Coordenador da Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde;

II - Coordenador de cada Programa de Residência;

III - Um Representante de Tutor por Área Profissional;

IV - Um Representante de Preceptor por Área Profissional;

V - Um Representante dos Residentes por Área Profissional;

VI - Um representante do Centro Universitário.

§1º - Cabe ao Colegiado a eleição de Coordenador e Vice Coordenador dos Programas de Residência Multiprofissional através de composição de chapa com 2 (duas) áreas profissionais distintas. As chapas devem ser inscritas com, no mínimo, 30 (trinta) dias antes da eleição.

§2º - Tanto o Coordenador como Vice Coordenador deverão ser servidores do quadro permanente do HECAD, com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, com titulação mínima de mestre e experiência profissional na docência de, no mínimo, de três (03) anos.

§3º - O Coordenador de cada Programa de Residência será eleito pelo Colegiado Interno de seu respectivo programa.

§4º - Os demais Representantes mencionados nos incisos III, IV, V e VI do caput deste artigo serão eleitos por seus respectivos pares.

§5º - Cada representante terá um suplente com direito à voz.

§6º - Todos os integrantes da COREMU/HECAD/SES-GO, terão direito à voz e voto, e ao Coordenador Geral dos Programas caberá proferir o voto de qualidade, em caso de empate.

§7 - Cada Representação terá direito a somente um voto.

Art. 13 - As reuniões ordinárias da COREMU/HECAD/SES-GO serão bimensais e reuniões extraordinárias a qualquer tempo.

Art. 14 - Em casos de ausência, impedimento ou afastamento do coordenador da COREMU/HECAD/SES-GO, o vice coordenador assumirá as funções deste.

Art. 15 - As decisões colegiadas serão tomadas por maioria simples.

CAPÍTULO IV

DAS PROPOSIÇÕES E PARECERES DA COREMU/HECAD/SES-GO

Art. 16 - As proposições submetidas à COREMU/HECAD/SES-GO devem ser encaminhadas na forma de processo devidamente instruído para que possam ser analisadas e deliberadas.

Parágrafo único. Cada proposição será pauta de deliberação independente, salvo em caso de temas semelhantes, que terão análise e parecer conjunto.

Art. 17 - Os integrantes da Comissão a que forem designadas as matérias devem organizar parecer escrito com histórico da matéria, argumentos que a sustentem e argumentos contrários, de forma a dar subsídios para a Comissão avaliar o maior número possível de pontos para a devida deliberação.

Parágrafo único. O(a) relator(a) poderá solicitar, a qualquer tempo, o encaminhamento de consulta aos diferentes setores da Pós-Graduação para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução do assunto que lhe for distribuído, bem

como solicitar o comparecimento de quaisquer pessoas às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 18 - O Coordenador da COREMU/HECAD/SES-GO deverá receber os processos dos relatores devidamente instruídos e decidir a ordem de apreciação pelos membros da Comissão.

Parágrafo Único - Ao coordenador da COREMU/HECAD/SES-GO não será distribuída matéria para relatar.

Art. 19 - O relator deverá proferir seu voto dentro do processo em análise e com as devidas justificativas baseadas em normas e na legislação.

Art. 20 - Cabe ao Coordenador a decisão "ad referendum" em casos de urgência de apreciação da matéria.

CAPÍTULO V

DOS TRABALHOS DA COREMU/HECAD/SES-GO

Art. 21 - Os trabalhos obedecerão à seguinte sequência:

- I- Abertura da reunião;
- II- Leitura da ata da reunião anterior;
- III- expediente;
- IV- Comunicações;
- V- Ordem do dia;

VI- Distribuição de processos; e

VII- convocação para a sessão seguinte.

Parágrafo único. Conhecido o teor da ata da reunião anterior, poderá o Coordenador, por solicitação do Colegiado, dispensar sua leitura.

Art. 22 - Tratando-se de proposição em regime de urgência, poderá o relator, por solicitação do Coordenador, apresentar seu parecer de imediato, passando a ser discutida e votada a matéria.

Art. 23 - Qualquer integrante da Comissão poderá pedir vistas à matéria para melhor apreciação em função da importância e complexidade do assunto em pauta.

Parágrafo único. Se não se tratar de assunto de urgência, a discussão e votação dessa matéria específica será transferida para a próxima reunião ordinária.

Art. 24 - No caso de ausência do Coordenador, o relator da matéria é impedido de presidir a sessão.

Art. 25 - Os pedidos de diligências serão apresentados ao Coordenador através de memorando.

Art. 26 - A ata de reunião será lavrada pelo Secretário da sessão a ser escolhido no início dos trabalhos.

Art. 27. Compete ao Representante de Área Profissional:

I - Manter o diálogo permanente com os tutores e preceptores de sua área no que concerne ao bom andamento do Programa de Residência;

II - Zelar pela manutenção da coerência entre o serviço e o ensino, para manutenção dos fluxos de ensino-aprendizagem e de serviço;

Art. 28 - Compete ao Representante do Centro Universitário:

I - Representar a Pós-Graduação da faculdade junto à COREMU/HECAD/SES-GO;

II - Zelar pela conservação das ações pedagógicas, conforme esse regulamento;

III - Manter diálogo permanente com os residentes, o serviço, os Representantes de Área Profissional, o Coordenador e a Alta Gestão do HECAD de modo a garantir a manutenção das atividades regulares dos Residentes.

CAPÍTULO VI

DA ESTRUTURA DOS PROGRAMAS

Art. 29 - A Residência Multiprofissional será constituída de vários Programas de Residência Uniprofissional com estrutura específica de funcionamento de acordo com as devidas leis do exercício profissional de cada área.

§1º - Cada Programa de Residência Uniprofissional deverá ter seu projeto pedagógico aprovado pela COREMU/HECAD/SES-GO.

§2º - A estrutura de cada Programa de Residência Uniprofissional contará com um Coordenador, tutores e preceptores.

§3º - Os Regulamentos Internos de cada Programa deverão ser aprovados pela COREMU/HECAD/SES-GO.

Art. 30. Cada Programa de Residência Multiprofissional em Saúde será constituído por no mínimo 2 (duas) e no máximo 14 (quatorze) profissões.

§1º - A titulação mínima dos coordenadores de cada programa será a de mestre.

§2º - A titulação mínima dos tutores será a de mestre.

§3º - A titulação mínima dos tutores será a de especialista, sendo este da mesma área profissional do Residente sob sua orientação.

CAPÍTULO VII

DA ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA

Art. 31 - O Programa de Residência Multiprofissional ou Uniprofissional terá início na data determinada pela CNRMS/MEC.

Art. 32 - O Programa de Residência Multiprofissional e Uniprofissional serão desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária prática e teórico-práticas e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas.

CAPÍTULO VIII

DA AVALIAÇÃO

Art. 33 - O desempenho dos Residentes deverá considerar atributos cognitivos, comportamentais e suas habilidades instrumentais, sendo essa avaliação contínua dentro do serviço.

Art. 34 - A avaliação incluirá:



- I - Pontualidade, assiduidade e responsabilidade;
- II - Cumprimento do código de ética profissional;
- III - Iniciativa, pensamento crítico e reflexivo;
- IV - Participação em atividades interdisciplinares;
- V - Dinamismo e iniciativa em sessões clínicas, discussão de artigos científicos;
- VI - Participação em cursos, palestras, seminários;
- VII - Produção teórica;
- VIII - Avaliação escrita;
- IX - Avaliação de habilidades técnicas.

Art. 35 - A promoção do Residente para o ano seguinte está vinculada à sua aprovação obtida por intermédio do valor médio dos resultados das avaliações durante o ano letivo, considerando-se como mínimo para aprovação uma média igual ou superior a 70% (setenta por cento).

CAPÍTULO IX

DAS COORDENAÇÕES DOS PROGRAMAS DAS RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

Art. 36 - Compete ao coordenador do programa:

- I - Representar o programa na COREMU/HECAD/SES-GO;

II - Auxiliar na elaboração do Projeto Pedagógico do Programa;

III - Organizar a recepção e orientação de novos residentes;

IV - Informar à COREMU/HECAD/SES-GO os casos de desistências de Residentes ligados ao seu programa;

V - Auxiliar a COREMU/HECAD/SES-GO na organização de jornadas científicas ou de eventos similares;

VI - Supervisionar os tutores e preceptores de seu Programa;

VII - Garantir a implementação e cumprimento do programa;

VIII - Promover ou auxiliar na organização de jornadas científicas ou de eventos similares;

IX - Fazer cumprir as normas e comportamento ético dos tutores, preceptores e residentes;

X - Elaborar e encaminhar o cronograma anual de atividades dos Residentes;

XI - Promover reuniões ordinárias com tutores e preceptores para acompanhamento das atividades de ensino;

XII - Manter atualizada a documentação do seu programa;

Art. 37 - Os Coordenadores dos programas devem planejar, coordenar e supervisionar as atividades da residência.

Art. 38 - O Coordenador da Residência Multiprofissional indicará os coordenadores das Residências Uniprofissionais, para o exercício da função por 03 (três) anos, permitida a sua permanência no cargo conforme necessidade do programa.

Parágrafo único. A coordenação do Programa deverá ser exercida por servidor com carga horária de 40 horas no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

CAPÍTULO X

DO NÚCLEO DOCENTE ASSISTENCIAL ESTRUTURANTE (NDAE)

Art. 39 - O Núcleo Docente Assistencial Estruturante é formado por coordenadores, docentes, tutores e preceptores de cada área da Residência Multiprofissional.

Art. 40 - Cabe ao NDAE:

I - Fiscalizar a execução do Projeto Pedagógico na Instituição e sugerir atualizações, quando necessário;

II - Prestar consultoria à Coordenação no que concerne às práticas, ao conteúdo teórico e ao conteúdo teórico-prático;

III - Organizar projetos de pesquisa para produção de conhecimento e incorporação de novas tecnologias ao processo de cuidar;

IV - Zelar pelo cumprimento das Resoluções da CNRMS quanto ao Programa de Residência Multiprofissional;

V - Colaborar com a organização de eventos científicos, culturais e tecnológicos.

Art. 40 - O NDAE se reunirá ordinariamente uma vez por mês.

CAPÍTULO XI

DAS TUTORIAS

Art. 41 - O tutor tem função de orientação acadêmica de preceptores e Residentes e deve ser exercida por profissional com título mínimo de mestre e carga horária de 40 horas no HECAD no período diurno.

§1º - O seu núcleo é responsável pela orientação acadêmica teórica, teórico-prática e prática a serem desenvolvidas por preceptores e Residentes.

§2º - Na Residência Uniprofissional cada tutor de núcleo também será o preceptor da sua área.

§3º - Ao tutor de campo cabe a responsabilidade de orientação acadêmica no que concerne às atividades teóricas, teórico-práticas e práticas.

§4º - Cada um dos programas de Residência Multiprofissional poderá ter um tutor de campo e um tutor de núcleo.

Art. 42 - O número de tutores efetivos por programa deverá ser de:

I - Um tutor de núcleo para cada 15 residentes;

II - Um tutor de campo para cada 30 residentes;

III - Se o programa tiver menos de 5 residentes, o coordenador do programa também exercerá o papel de tutor.

Art. 43 - É competência do tutor:

I - Desenvolver estratégias pedagógicas que articulem saberes e práticas para aquisição, pelo Residente, das competências previstas no Projeto Pedagógico;

II - Planejar ações em parceria com os preceptores, a equipe de saúde, os docentes e os Residentes, que capacitem todas as equipes dos respectivos setores de trabalho para desenvolvimento e qualificação em novas tecnologias de atenção e gestão na saúde;

III - Auxiliar na avaliação dos Residentes;

IV - Orientar o processo de pesquisa e escrita Trabalhos de Conclusão da Residência, conforme previsto no Regimento Interno da COREMU/HECAD/SES-GO.

Art. 44 - Um preceptor de cada Programa de Residência exercerá a função de tutor de núcleo do programa por período de 3 (três) anos, podendo esse prazo ser prorrogado.

Art. 45 - Ao preceptor de núcleo compete:

I - A responsabilidade de aplicação integral do Programa de Residência da sua área;

II - Planejar junto com o Coordenador o Programa de Residência de sua área;

III - Fazer a escala das atividades práticas e teórico-práticas, além das demais atividades do Residente e o calendário de férias dos mesmos;

IV - Comunicar ao Coordenador irregularidades que afetem o serviço e o Programa de Residência;

V - Orientar os Residentes sobre as normas e rotinas do HECAD para correta adequação de suas condutas.

CAPÍTULO XII

DA PRECEPTORIA

Art. 46 - O papel do Preceptor é ambientar o residente no ambiente de trabalho, promovendo articulação conjunta entre teoria e prática profissional.

Art. 47 - A ele cabe a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos setores em que atuam

§1º - Ele deve ter formação mínima de especialista.

§2º - Ele deve ter a mesma formação básica acadêmica (graduação) do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática.

§3º - Ele pode ainda supervisionar Residentes no caso de estágios em que qualquer profissional especialista possa desempenhar a função, como saúde do trabalhador, gestão, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental ou vigilância sanitária.

Art. 48 - Aos preceptores cabe:

I - Orientar os Residentes durante as atividades práticas;

II - Zelar pelo cumprimento das Resoluções da CNRMS, deste Regulamento e as decisões da COREMU/HECAD/SES-GO;

III - Orientar os Residentes quanto aos desenvolvimentos das atividades práticas e teórico-práticas de acordo com o Projeto Pedagógico;

IV - Zelar pelo cumprimento das boas práticas em serviço e disciplina dos Residentes;

V - Cumprir os prazos e executar a agenda do Programa de Residência;

VI - Participar com a avaliação dos Residentes;

VII - Incentivar a participação dos residentes em eventos científicos da sua área;

VIII - Participar da jornada científica anual dos residentes;

IX - Orientar e avaliar os Trabalhos de Conclusão do Programa de Residência;

X - Orientar a elaboração de relatórios desenvolvidos pelos Residentes sob sua responsabilidade;

Art. 49 - O processo seletivo interno da Preceptoría Efetiva da Residência Multiprofissional será realizado pela Alta Gestão do HECAD juntamente com o Centro Universitário e Instituto Patris divulgado no Diário Oficial de Goiás.

§1º - A homologação dos aprovados será feita mediante publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

§2º - O exercício da função dos novos preceptores coincidirá com o início de cada ano letivo.

Art. 50 - A função de preceptor não é cumulativa com função comissionada ou de natureza especial, devendo este escolher entre as duas nomeações.

CAPÍTULO XIII

DAS VAGAS PARA RESIDENTES

Art. 51 - A Alta Gestão do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD e Instituto Patris, solicitará as Coordenações dos Programas que enviem até 30 de setembro, o número de Residentes que pretendem receber no ano seguinte.

§1º - O número de Residentes deverá constar no credenciamento do Programa pela CNRMS.

§2º A COREMU/HECAD/SES-GO se encarregará de fazer uma avaliação inicial das informações encaminhadas pelos diversos coordenadores dos programas e enviará a proposta resultante para o Núcleo Docente Assistencial Estruturante - NDAE.

§3º O NDAE deverá consolidar a oferta de vagas em reunião ordinária destinada a tratar desse assunto.

CAPÍTULO XIV

DA SELEÇÃO

Art. 52 - O edital normativo para admissão de novos Residentes será elaborado pelo Centro Universitário, juntamente com o I Instituto Patris e aprovado pela Alta Gestão do HECAD.

Art. 53 - O quantitativo de Residentes a ser selecionado respeitará o número de bolsas de estudo disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

CAPÍTULO XV

DA ADMISSÃO

Art. 54 - Uma vez cumpridas as exigências do edital do processo seletivo o Residente poderá efetuar sua matrícula no Programa de Residência Uniprofissional. Em caso de desistência, a vaga será ofertada ao candidato que teve nota suficiente para aprovação, mas não foi classificado.

Parágrafo único. Essa vaga poderá ser ocupada dentro do prazo estabelecido para registro de residentes no sistema informatizado da CNRMS/MEC (SisCNRMS).

CAPÍTULO XVI

DA ORGANIZAÇÃO DOS PROGRAMAS

Art. 55 - Os programas de residência terão início na data determinada pela CNRMS/MEC.

Art. 56 - As Coordenações dos Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional da COREMU/HECAD/SES-GO deverão manter atualizado o cadastro de seus Residentes.

Art. 57 - Todos os Projetos Pedagógicos das Residências deverão respeitar as normas estabelecidas pela CNRMS.

Parágrafo único. No início semestre letivo Residente deverá receber:

I – O manual seu Programa de Residência, este regulamento e a programação pedagógica;

II – O cronograma anual das atividades teórico-práticas e teóricas;

III – A escala individual anual das atividades práticas, teóricas e teórico-práticas, inclusive com a especificação do seu período de repouso.

Art. 58 - O NDAE tem a função de elaborar o programa pedagógico para cada ano, submetendo-o à COREMU/HECAD/SES-GO, com pelo menos 60 dias de antecedência do início do ano letivo.

Art. 59 - O Projeto Pedagógico poderá prever os rodízios dos Residentes em instituições conveniadas.

§1º - A estrutura do HECAD proverá os cenários para os Programas de Residência.

§2º - Caberá ao Coordenador do Programa, com autorização da COREMU/HECAD/SES-GO e Instituto Patris tecer a rede na qual os Residentes poderão complementar sua formação.

§3º - Os Residentes que fizerem rodízios em outras instituições, cumprirão essa carga horária integralmente no destino e deverão retornar à instituição, findo o seu período, com declaração assinada pelo responsável dessa instituição, com comprovação de frequência e relatório das atividades em função dos objetivos pedagógicos.

Art. 60 - A CNRMS/MEC é o órgão responsável por determinar a duração dos Programas de Residência.

CAPÍTULO XVII

DO CREDENCIAMENTO

Art. 88. A área técnica deverá elaborar o projeto dos Programas de Residência, no formato de curso de especialização e este deverá ser apreciado pela COREMU/HECAD/SES-GO e pelo Instituto Patris e aprovado pela SES-GO, atendida a legislação vigente em âmbito Estadual, bem como este Regulamento.

§1º O projeto deverá ser apresentado à COREMU da SES-GO, conforme normas vigentes, para avaliação quanto ao interesse institucional na criação do referido programa.

§2º Para a aprovação do projeto deverão ser avaliados: a relevância, a adequação aos eixos norteadores do regulamento da COREMU dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e a sua exequibilidade

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL – COREMU											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											

Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X	
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Emitir parecer sobre os prontuários analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto ao preenchimento adequado dos prontuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.18. COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

Membros:

A Comissão é constituída por, no mínimo, 10 membros titulares do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, do Instituto Patris, além de, pelo menos, um usuário do HECAD. De acordo com o Capítulo VII, item 5, da Resolução/CNS nº 196, de 10/10/1996, ela deve ser composta por pessoas de ambos os sexos com, no mínimo, metade dos seus membros com experiência em pesquisa científica, devendo haver paridade entre as categorias profissionais, sendo vedado que uma categoria seja representada como maioria entre seus membros. Os membros não podem receber remuneração pelo trabalho desenvolvido na CEP.

A eleição do Coordenador, Vice Coordenador e Secretário será feita entre os candidatos membros da Comissão e através de eleição interna na primeira reunião ordinária. O mandato dos membros da CEP será de 3 anos, sendo permitida sua recondução.

Finalidade:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD segue a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996 e resoluções complementares. Trata-se de uma autoridade colegiada transdisciplinar e independente. É de natureza consultiva, deliberativa e educativa a todos os assuntos relacionados aos protocolos de pesquisas. A esta Comissão está reservada

a prerrogativa de emissão de pareceres sobre projetos de pesquisas, o processo de coleta de dados, além de estar sempre disponível para atendimento aos pesquisadores e participantes das pesquisas. Sua função primordial é preservar os aspectos éticos prescritos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com foco na defesa da integridade e dignidade dos participantes da pesquisa.

Parágrafo único. Qualquer pesquisa científica no âmbito do HECAD só será conduzida após avaliação e autorização desta CEP

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD segue a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996 e resoluções complementares. Trata-se de uma autoridade colegiada transdisciplinar e independente. É de natureza consultiva, deliberativa e educativa a todos os assuntos relacionados aos protocolos de pesquisas. A esta Comissão está reservada a prerrogativa de emissão de pareceres sobre projetos de pesquisas, o processo de coleta de dados, além de estar sempre disponível para atendimento aos pesquisadores e participantes das pesquisas. Sua função primordial é preservar os aspectos éticos prescritos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com foco na defesa da integridade e dignidade dos participantes da pesquisa.

Parágrafo único. Qualquer pesquisa científica no âmbito do HECAD só será conduzida após avaliação e autorização desta CEP.

Art. 2º - A CEP do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD está subordinada administrativamente à Diretoria de Ensino e Pesquisa e à Alta Gestão Instituição.

Art. 3º - A escolha dos membros da CEP deverá estar em conformidade com a Resolução CNS nº 196/96, com anuência da presidência do Instituto Patris e da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação do Centro Universitário.

Art. 4º - Os membros da CEP/HECAD deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro da CEP/HECAD é livre para propor projetos de pesquisa, no entanto deverá isentar-se da análise e tomada de decisão sobre o mesmo.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - A organização e criação da CEP/HECAD, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Diretoria de Ensino e Pesquisa e da Alta Gestão da Instituição, respeitando as normas da Resolução CNS nº 196/96.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa do HECAD terá composição multiprofissional e transdisciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a 10 membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

Parágrafo único. A sua composição deverá estar em conformidade com a Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO IV

DA COMPETÊNCIA

Art. 7º - É competência do colegiado:

I - Apreciar e deliberar sobre os protocolos de pesquisa científica envolvendo seres humanos, sendo de sua responsabilidade a garantia dos direitos e o resguardo da integridade dos participantes das pesquisas.

II - Emitir parecer consubstanciado, via Plataforma Brasil, identificando com clareza o ensaio, e o seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

a) Aprovado: após análise da proposta de pesquisa.

b) Com pendência: quando o parecerista indicar a necessidade de correções no projeto para adequação ética.

c) Não Aprovado: após avaliação da CEP/HECAD indicar que os protocolos propostos são inadequados aos propósitos éticos.

d) Arquivado: para os casos de descumprimento dos prazos estabelecidos para as devolutivas à CEP/HECAD.

e) Suspenso: quando a pesquisa aprovada, já em andamento, deve ser interrompida por motivo de segurança, especialmente referente aos participantes da pesquisa.

f) Retirado: quando o proponente manifestar interesse em descontinuar a avaliação do seu projeto ou a pesquisa em si e após o Sistema CEP/CONEP acatar a solicitação.

§1º - A CEP terá prazo de 30 dias para emissão do parecer desde que houver aceite da integralidade dos documentos emitidos pelos pesquisadores.

§2º - Para os casos de pendência, cabe ao pesquisador atendê-la em um prazo de 30 dias após sua publicação na Plataforma Brasil. Decorrido este prazo, a CEP/HECAD terá 30 dias para emitir o parecer final, aprovando ou reprovando o protocolo.

§ 3º - As pendências meramente documentais serão previamente apreciadas pelo corpo técnico-administrativo e/ou pela coordenação do CEP/HECAD, e comunicadas, diretamente, ao pesquisador.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 8º - O CEP/HECAD realizará sessões ordinárias mensais, de acordo com calendário anual previamente elaborado pela sua coordenação e acordado pela equipe com a presença de maioria simples para o início dos trabalhos.

Parágrafo único. Cabe ao secretário a leitura da pauta da reunião e o registro em ata das sessões.

Art. 9º - As decisões do CEP/HECAD são tomadas por maioria simples.

Art. 10 - As reuniões da CEP/HECAD são privativas e seu conteúdo estritamente sigiloso, com acesso somente aos seus membros e ao CEP/CONEP sob pena de responsabilidade.

Art. 11 - O parecer deve o seguinte protocolo:

I - Análise ética do projeto;

II - Avaliação do risco-benefício da pesquisa;

III - Avaliação de sua relevância social;

IV - Avaliação sobre o possível avanço no conhecimento;

V - Processo de recrutamento e seleção dos participantes da pesquisa;

VI - Redação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;

VII - Justificativa para a dispensa do TCLE, se couber;

VIII - Garantia do sigilo e confidencialidade;

IX - Proteção dos participantes da pesquisa que se encontram em situação de vulnerabilidade, quando pertinente;

X - Orçamento da pesquisa;

XI - Cronograma de execução.

Art. 12 - O membro do comitê que, sem justificativa, faltar 3 sessões de trabalho, consecutivas ou 5 durante o ano, será excluído da CEP/HECAD.

Art. 14 - O Comitê de Ética prestará atendimento ao público após agendamento feito por qualquer meio de comunicação e com maior brevidade possível.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											

Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários e documentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

analisados/ pesquisas												
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto à comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.19. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN)

Membros:

- I - Nutricionista
- II - Médico(a)
- III - Enfermeiro(a)
- IV -Farmacêutico(a)
- V - Psicólogo(a)
- VI - Secretário(a)

Finalidade:

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - EMTN do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD deverá se organizar em atendimento à portaria MS nº 272/1998 e à resolução RDC 63/2000 publicada pela ANVISA. Sua função é atuar na prevenção e tratamento da desnutrição hospitalar e distúrbios metabólicos que não são incomuns durante as internações.

É função da EMTN do HECAD, em colaboração com o Instituto Patris, credenciar a instituição como Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional em atendimento à Portaria SAS/MS nº 131 e nº 343 de março de 2005.

A equipe deve se orientar igualmente pelo Manual de Terapia Nutricional na Atenção Especializada Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2016.

As causas multifatoriais da desnutrição e o complexo aparato para monitoração da pessoa hospitalizada e com desnutrição hospitalar exigem a formação de uma equipe multiprofissional, de maneira a integrar conhecimentos e harmonizar procedimentos e habilidades. A equipe deve, necessariamente, contar com nutricionista, médico(a), enfermeiro(a), farmacêutico(a) e secretário(a).

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º - A Terapia Nutricional é definida pela Portaria nº 272, de 8 de abril de 1998 como um “conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral e ou Enteral”. Apesar de a Terapia Nutricional ter tido avanços significativos, a desnutrição ainda é uma preocupação no ambiente hospitalar, principalmente com infecções graves, traumas e em pós-operatório de grandes cirurgias. O comprometimento da ingestão, inclusive a hídrica,

interações droga nutriente, deficiência na absorção, instabilidade hemodinâmica são situações de risco nutricional e podem levar à desnutrição.

Art. 2º - A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional deve:

I - Implantar os processos de triagem e vigilância nutricional;

II - Definir os protocolos norteadores da terapia nutricional;

III - Assistir diretamente aos pacientes indicados para a terapia nutricional

IV - Orientar e supervisionar os pares sobre as indicações, prescrições e cuidados relativos aos distúrbios metabólicos;

V - Zelar pela garantia do padrão de qualidade do serviço prestado durante todo o processo da terapia nutricional;

VI - Manter a atualização das equipes com relação aos distúrbios metabólicos e à terapia nutricional;

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - São membros da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional:

I - Nutricionista

II - Médico(a)

III - Enfermeiro(a)

IV -Farmacêutico(a)

V - Psicólogo(a)

VI - Secretário(a)

Art. 4º - A EMTN do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é constituída por, no mínimo seis membros que participam das reuniões ordinárias e extraordinárias em condições de igualdade de manifestação de opinião e voto e com as atribuições que lhe são inerentes à função.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - Cabe ao Coordenador Técnico-Administrativo:

Organizar o serviço administrativo relativo à TN, incluindo espaço adequado, gestão de pessoas, gestão de fornecedores, cooperação com o Instituto Patris quanto à confecção de licitações e processos gerais, colaboração nos processos de licitação e compra de insumos. Definição sobre os fluxos de atendimentos aos pacientes críticos e das enfermarias.

Art. 6º - Cabe ao Coordenador Clínico:

Condução do processo clínico relativo às funções médicas na TN, confecção de protocolos clínicos, participação nas ações de ensino e pesquisa junto aos residentes e estagiários.

Art. 7º - Cabe ao(à) nutricionista:

Avaliação e evolução dos pacientes submetidos à TN, elaboração de protocolos, avaliação sobre a melhor via de administração da TN, seleção e dimensionamento quantitativo dos insumos, preparo da equipe de nutrição, estagiários e residentes quanto aos protocolos relativos à TN.

Art. 8º - Cabe ao(à) médico(a) assistente:

Avaliação, prescrição e evolução de todos os pacientes submetidos à TN, execução dos protocolos clínicos estabelecidos pela unidade, postura aberta e crítica quanto à eficácia e eficiência dos processos relativos à TN.

Art. 9º - Cabe ao(à) enfermeiro(a):

Elaboração de protocolos assistenciais ao paciente com TN, Avaliação dos pacientes com indicação de TN, assistência ao paciente com TN, supervisão da equipe de enfermagem responsável pela administração da TN, comunicação permanente com a equipe multiprofissional sobre dimensionamento quantitativo de insumos para a TN, orientação e capacitação da equipe de enfermagem, dos estagiários e residentes, participação em auditorias mensais e semestrais relativas à TN.

Art. 10 - Cabe ao(à) farmacêutico(a)

Verificação da farmo compatibilidade da nutrição enteral e parenteral, participação em processos licitatórios relativos à TN, estabelecimento de fluxos de entrada, armazenamento e distribuição da NP.

Art. 11 - Cabe ao(à) psicólogo(a)

Avaliar o comportamento e as condições mentais dos pacientes com indicação para TN ou submetidos a ela. Auxiliar o paciente nesse período de tratamento em sua dimensão psicológica. Prover a equipe multiprofissional de informações que possam auxiliar no tratamento a esses pacientes. Colaborar com o treinamento das equipes no que tange aos aspectos comportamentais e processos de pensamento dos pacientes em TN.

Art. 12 - Cabe ao(à) Secretário(a) e pessoal administrativo:

Organização das planilhas diárias para visitas das equipes clínicas, inserção de informações padronizadas em banco de dados para consulta das equipes envolvidas nos tratamentos de modo a facilitar a visualização das condutas, recebimento de matrículas para os cursos e palestras e envio à Comissão de Educação Continuada, armazenamento, controle e disponibilização de impressos relativos à TN, protocolo e emissão de documentos, envio de atas, relatórios, pareceres. Atendimento às equipes e controle de agendas.

CAPÍTULO IV

DAS FINALIDADES

Art. 13 - É objetivo desta Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional credenciar o HECAD como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional junto à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e de acordo com a Portaria SAS/MS nº 131/2005. Para tanto, a unidade hospitalar deve prover instalações físicas, equipamentos e recursos humanos com uma equipe especializada em nutrição enteral ou parenteral.

Art. 14 - A equipe deve ser responsável por:

I - Supervisionar a manipulação e/ou fabricação da fórmula nutricional, triagem e avaliação nutricional, além de dispensação e administração da fórmula nutricional;

II - Produzir e implantar os Protocolos de Triagem e Avaliação Nutricional, de Indicação de Terapia Nutricional e de Acompanhamento ao Paciente em Terapia Nutricional;

III - Fazer avaliação e orientação ao paciente em Terapia Nutricional;

IV - Prestar consultoria à equipe que trata o paciente em Terapia Nutricional;

V - Se articular e integrar ao sistema regional de saúde

VI - Dar suporte aos gestores para aperfeiçoar a regulação, o controle e a avaliação da TN;

VII - Realizar pesquisa de qualidade, de efetividade e de custo;

VIII - Padronizar instrumentos de avaliação da qualidade dos insumos, das prescrições e da administração da TN.

IX - Estabelecer calendário, junto à Comissão de Educação Continuada, para capacitação da equipe multidisciplinar sobre a Terapia Nutricional, suas bases teóricas, fluxos, indicadores e política institucional.

Art. 15 - A EMTN deve prestar consultoria a outros serviços de saúde de modo a consolidar esse serviço na rede SUS.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Art. 16 - As reuniões da EMTN são ordinárias e mensais e extraordinariamente em situações de urgência.

Art. 17 - O Coordenador Clínico da EMTN deterá o voto qualificado em caso de empate nas votações.

Art. 18 - O Coordenador Técnico-Administrativo conduzirá as reuniões ordinárias e extraordinárias da EMTN em dia e hora pré-definidos com, pelo menos, a metade dos membros convocados, após quinze minutos do início previsto.

§ 1º - Caso faltante, o membro que deveria comparecer à reunião deverá justificar por escrito ao Presidente da EMTN.

§ 2º - Ao completar três ausências consecutivas, o faltante deverá justificar-se ao Colegiado quanto a sua permanência na EMTN. Isso também se aplica a membros que não comparecerem, mesmo justificados, a cinco reuniões não consecutivas.

Art. 19 - O Coordenador Técnico-Administrativo convocará deverá informar à Alta Gestão do HECAD sobre o afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos que deverá proceder a substituição do mesmo.

Art. 20 - O mandato de um membro da EMTN cessará automaticamente se o mesmo deixar de fazer parte do corpo clínico do HECAD, cabendo ao Coordenador Técnico-Administrativo comunicar este fato diretamente à Alta Gestão.

Art. 21 - A EMTN terá duração indeterminada, sendo que qualquer dos seus membros podem ser substituídos pela Alta Gestão do HECAD a qualquer tempo.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL - EMTN											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento	X											

interno da comissão												
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários e documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.20. COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

Membros:

A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD representantes dos Serviços de Saúde Ocupacional, Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Ambulatório do seguinte modo:

- I. Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.
- II. Setor de Apoio Diagnóstico.
- III, Unidade de Diagnóstico por Imagem.
- IV. Unidade de procedimento.
- V. Engenheiro Clínico.
- VI. Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem

Finalidades:

As Comissão de Proteção Radiológica será criada considerando a Portaria nº 453 de 01/06/1998 do Ministério da Saúde, que aprova o Regulamento Técnico e 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.

A Comissão de Proteção Radiológica tem como finalidades:

I. Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica.

II. Recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Artigo 1º - Esta Comissão será estruturada e organizada conforme determinação da Portaria MS nº 453, de 01 de junho de 1998, que aprova o Regulamento Técnico e estabelece as diretrizes básicas de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, dispõe sobre o uso de raios-X diagnóstico em todo território nacional e dá outras providências.

Artigo 2º - A Comissão de Proteção Radiológica é um organismo de natureza multidisciplinar que possui como principais atribuições revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente -

HECAD para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes da proteção radiológica, além de recomendar as medidas cabíveis para o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação existentes na instituição.

Artigo 3º - As deliberações da Comissão de Proteção radiológica, visando a correção ou reparação de distorções, assim como recomendações de medidas cabíveis e/ou boas práticas após análises das conformidades contidas no Plano de Proteção Radiológica, devem ser encaminhadas às Gerências correspondentes e/ou Direção do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD para providências subsequentes.

Parágrafo único: As diretrizes para as ações investigatórias e educativas, serão definidas nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica e desencadeadas pelo presidente.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Artigo 4º - São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

- I. Atender as determinações das Portarias MS nº 453, de 01 de junho de 1998;
- II. Analisar e revisar de forma sistemática o Plano de Proteção Radiológica do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A Comissão de Proteção Radiológica terá composição mínima e será composta por membros do quadro funcional da unidade, em Portaria da Direção, publicada em boletim de serviço da Instituição, abaixo representados:

I. Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho.

II. Setor de Apoio Diagnóstico.

III, Unidade de Diagnóstico por Imagem.

IV. Unidade de procedimento.

V. Engenheiro Clínico.

VI. Responsável Técnico da Unidade de Diagnóstico por Imagem.

Parágrafo único: Poderão fazer parte como membros convidados, outros profissionais quando solicitadas para tratar de assunto pertinentes à Comissão.

Artigo 6º - O mandato dos membros da Comissão deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável, conforme definição da própria Comissão.

Parágrafo único: No caso de substituição de um ou mais membros, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção da unidade para alteração da Portaria de nomeação.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Artigo 7º - Deverão ocorrer reuniões mensais com data, local e horário, previamente definidos e informados.

I. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda, a falta em seis reuniões não consecutivas, durante 12 meses, gera notificação e posterior exclusão automática.

II. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da Comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

III. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto à administração a participação de um convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto.

IV. As reuniões da Comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada em pasta física contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada, devendo estar sob guarda do núcleo de comissões da instituição.

V. Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

VI. Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões urgentes, sendo convocada pelo presidente e, na sua ausência, pelo vice-presidente.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica;

- I. Analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhes forem enviados;
- II. Realizar revisão de forma sistemática do Plano de Proteção Radiológica.
- III. Convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;
- IV. Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações;
- V. Assessorar a Direção em assuntos de sua competência;
- VI. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias;

VII. Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes à Instituição.

Artigo 9º - São atribuições do presidente da Comissão e do vice, na ausência do presidente.

- I. Convocar e presidir as reuniões;
- II - Representar a Comissão junto à governança da Instituição;
- II. Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovada pelos membros;
- III. Fazer cumprir o regulamento.

Art. 10º - São atribuições da Secretária da Comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

I. Lavrar ata das reuniões;

II. Convocar os membros da Comissão para as reuniões ordinárias ou extraordinárias;

III. Solicitar dos serviços de apoio diagnóstico e/ou terapêutico que utilizam equipamentos que emitem radiação ionização, e gerências administrativas e/ou de assistência à saúde o fornecimento de documentação necessária para análise da Comissão.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 10º - Este regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Artigo 11º- O regulamento entrará em vigor após a aprovação da Direção Geral do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										

Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, bulas, notas, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto à comissão e preenchimento dos formulários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

além de seguir o preparo correto de cada procedimento												
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.21. COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA

Membros:

Para realizar este monitoramento, a Comissão de Biossegurança, deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar, de formar a contar com os seguintes membros: Coordenador, Farmacêutico, Nutricionista, Representante do Serviço de Higiene e Limpeza, Enfermeiro (a); Representante do Serviço Administrativo; Técnico de Segurança do Trabalho: Engenheiro.

Finalidade:

Dentre os fatores que afetam a segurança dentro da unidade de saúde, estão os perigos que envolvem o uso de equipamentos, erro de dosagem e de administração de medicamentos, não acionamento de alarmes nos equipamentos de monitoração e de suporte à vida, ineficiência nos sistemas de segurança elétrica e predial, infecção hospitalar, dentre outros.

A Comissão de Biossegurança tem como função identificar riscos, controlá-los e reduzi-los para melhoria da segurança.

Promover ainda o atendimento aos profissionais que sofram exposição a material biológico com risco de soro conversão (HIV, HBV e HCV), estabelecendo conduta de atendimento inicial, orientação e seguimento dos trabalhadores acidentados, uso de quimio profilaxia e notificação de casos.

Além disto, avalia e alguns parâmetros que devem ser considerados pelos serviços de saúde que irão prestar este tipo de atendimento:

I - Avaliar a capacidade de atendimento (ex.: pessoal treinado, exames, laboratoriais);

II Estabelecer medidas de avaliação e orientação ao acidentado, orientar as ações imediatas de investigação da fonte (se conhecida) e do próprio acidentado;

III - Oferecer condições de atendimento imediato na profilaxia para vírus da hepatite B e quimio profilaxia para o vírus da imunodeficiência humana;

IV Manter o seguimento dos acidentados com risco de soro conversão por, no mínimo, seis meses;

V - Organizar um modelo de atendimento, privilegiando o acolhimento do paciente e a responsabilidade de orientação junto à comunidade e ao ambiente de trabalho;

VI - Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente atualizado no Ministério da Saúde com vistas a permitir ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Estão os riscos a serem evitados:

I. Gerenciar riscos de infecções ambulatoriais;

II. Gerenciar a utilização de medicamentos e material hospitalar;

III. Gerenciar a utilização de equipamento médico;

IV. Doença e condição Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos.

A Comissão de Biossegurança deverá reunir-se mensalmente para definir o tipo de política de gerenciamento e aplicá-la junto aos colaboradores

Áreas de atuação:

FARMACOVIGILÂNCIA

Para a Organização Mundial da Saúde, a farmacovigilância é a atividade que faz a identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer problema possível relacionado com fármacos. Desvio de qualidade como perda de eficácia, presença de corpo estranho e problemas de rotulação, erros de administração de medicamentos, uso de fármacos para indicações não aprovadas, que não possuem base científica adequada, são outras questões relevantes para a Farmacovigilância.

TECNOVIGILÂNCIA

Visando a segurança sanitária de produtos para saúde, a Tecno vigilância é um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas destes na fase de pós comercialização.

Compete à Tecno vigilância monitorar, analisar e investigar as notificações de queixas técnicas e ocorrência de eventos adversos com suspeita de envolvimento de equipamentos, produtos de diagnósticos de uso in vitro e materiais de uso de saúde.

HEMOVIGILÂNCIA

Um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gerando informações sobre eventos adversos resultantes do uso terapêutico de sangue e seus componentes. Estas informações são utilizadas para

identificar riscos, melhorar a qualidade dos processos e produtos e aumentar a segurança do paciente, prevenindo a ocorrência ou recorrência desses eventos. Os eventos adversos associados ao uso de sangue e componentes são denominados de reações transfusionais.

São produtos para a saúde:

- Medicamentos;
- Equipamentos de diagnóstico, de terapia e de apoio médico-hospitalar; Materiais e Artigos descartáveis, implantáveis e de apoio médico-hospitalar; Materiais e produtos de diagnóstico de uso in-vitro;
- Sangue e seus componentes; Saneantes de uso de serviços de saúde.

A Comissão de Biossegurança do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção da unidade na formulação de políticas nas áreas de tecno vigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de biossegurança para o corpo técnico da unidade e estrutura física predial.

Diante da realidade vivida, com a ocorrência de eventos adversos na assistência, é clara a necessidade de melhoria nos processos, com foco na segurança dos pacientes, com resultados que tornam se cada vez mais presentes.

Com este objetivo, o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, deverá implantar o Gerenciamento de Riscos, para minimizar e, se possível, eliminar todo e qualquer impacto negativo aos usuários/pacientes.

A forma de trabalho inicial será direcionada para os processos: como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir. Assim, podem-se propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência e propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar, e principalmente, para estar internado.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º. É objetivo desta Comissão:

I. Gerenciar a situações de risco do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas de serviços de saúde de uso contínuo;

IV. Manter o Sistema de Notificação e Registro permanentemente;

V. Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º. A Comissão de Biossegurança deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Gerência de Risco Sanitário-Ambulatorial e administração sendo:

I - Coordenador;

II - Farmacêutico;

III - Nutricionista;

IV - Representante do Serviço de Higiene e Limpeza;

V - Enfermeiro (a);

VI - Representante do Serviço Administrativo;

VII - Técnico de Segurança do Trabalho;

VIII – Engenheiro.

Artigo 3º. A Coordenação da Comissão de Biossegurança, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 4º. A Comissão de Biossegurança Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD compete:

- I. Informar situações que necessitem de atenção especial;
 - II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referencialmente para Avaliação Técnica estrutural do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
 - III. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção da unidade;
 - IV. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
 - V. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de infecção hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
 - VI. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;
 - VII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;
 - VIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral;
 - IX. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos da unidade;
 - X. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;
-

XI. Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

XII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco da unidade;

XIII. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação da unidade.

CAPÍTULO IV

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 5º. A Comissão de Biossegurança instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

Artigo 6º. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

Artigo 7º. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

Artigo 8º. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 9º. É competência da Comissão de Biossegurança:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pela unidade;

VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

VII. Divulgar aos Serviços via on-line, as alterações realizadas no âmbito dos serviços de saúde sempre que ocorrerem;

VIII. Notificar o Setor de Compras quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não conformidade na entrega de materiais;

IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados

CAPÍTULO VI
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 10º. A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Artigo 11º. Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DA COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											

Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X	
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, bulas, notas, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Realizar programas de educação permanente e sensibilização dos profissionais quanto à comissão e preenchimento dos formulários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X



PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME 24 HORAS/DIA, NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HECAD, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO N° 05/2022-SES/GO

VOLUME III

1

4.1.22. COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Membros:

A CPPS é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da Diretoria Técnica, do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) da Comissão de Biossegurança e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Da Composição Administrativa:

I. Presidente;

II. Vice-presidente;

III. Secretário(a);

IV. Membros efetivos;

V. Consultores técnicos convidados eventualmente

Finalidade:

A Comissão de Padronização de Produtos para Saúde tem a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas.

Produtos para saúde: São materiais, aparelhos ou acessórios que tenham vínculo ou finalidade a proteger a saúde individual ou coletiva, bem como ter fins diagnósticos.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º - O presente regimento estabelece a organização e o funcionamento da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde (CPPS) do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 2º. A CPPS tem a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas, de acordo com as seguintes definições:

I. Produtos para saúde: São materiais, aparelhos ou acessórios que tenham vínculo ou finalidade a proteger a saúde individual ou coletiva, bem como ter fins diagnósticos.

II. Materiais e artigos descartáveis: São os materiais e artigos de uso médico, clínico ou laboratorial utilizáveis somente uma vez ou de curto prazo.

III. OPME: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.

Órtese – é um apoio ou dispositivo externo aplicado ao corpo para modificar os aspectos funcionais ou estruturais do sistema neuro musculoesquelético para obtenção de alguma vantagem mecânica ou ortopédica.

Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de “materiais especiais” e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

IV. Materiais de apoio médico-hospitalar: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

V. Produtos para diagnóstico de uso in vitro: São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semiquantitativa em uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

VI. Instrumento cirúrgico: Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.

VII. Produtos de Classe X (Baixa Criticidade): Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materiais equivalentes. Grande facilidade de obtenção.

VIII. Produtos de Classe Y (Criticidade Média): Faltas podem provocar paradas nos procedimentos e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.

IX. Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis): Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

X. Padronização: É a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização no hospital, após sua pré-qualificação.

XI. Pré-qualificação: compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decisão de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.

XII. Câmara técnica: tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.

XIII. Produtos padronizados: Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

XIV. Produtos não padronizados: Insumos de uso eventual, que poderão ser adquiridos em quantidade suficiente a um tratamento, que não constem da padronização. Não se mantém em estoque.

XV. Produtos despadronizados: Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

XVI. Controle de qualidade: Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

XVII. Especificação técnica: É a descrição minuciosa das características do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

XVIII. Parecer técnico: É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor.

XIX. Desvio de qualidade: afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc.).

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art. 3º. A CPPS é vinculada ao Núcleo de Comissões Hospitalares e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões Hospitalares e nomeados pela Diretoria Geral, através de ato formal.

Art. 4º. A CPPS poderá, através de ato administrativo, convocar a participação de outros profissionais do HECAD/ Instituto Patris. Estes terão direito a palavra, porém as deliberações serão votadas apenas pelos membros da CPPS.

Art. 5º. Será substituído o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou cinco intercaladas no período de um ano, sendo solicitada novas indicações pelo Núcleo de Comissões Hospitalares.

CAPÍTULO III

DA FINALIDADE

Art. 6º. A CPPS terá como competências as seguintes diretrizes:

I. Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II. Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III. Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde, visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no hospital;

IV. Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

VI. Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII. Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde, de uso do hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX. Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI. Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

XII. Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no hospital;

XIII. Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIV. Realizar estudos acerca do custo-benefício dos produtos para saúde, para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XV. Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;

XVI. Divulgar no hospital as atualizações da padronização;

XVII. Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização, para avaliação da Comissão de Inovação Tecnológica em Saúde - CITS do HECAD;

XVIII. Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pela CITS;

XIX. Recomendar a superintendência, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do hospital (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para o HECAD);

XX. Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XXI. Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

XXII. Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XXIII. Informar à Comissão de Inovação Tecnológica em Saúde (CITS) do HECAD sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização do Instituto Patris através de formulário específico;

XXIV. Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXV. Assessorar a Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), quanto às questões relacionadas às pesquisas que utilizam produtos para saúde;

XXVI. Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde do hospital;

XXVII. Consultar o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXVIII. Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXIX. Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXX. Estimular os profissionais a preencherem a “Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde”;

XXXI. Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor, para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado, até que a questão se resolva adequadamente;

XXXII. Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;

XXXIII. Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXIV. Revisar, anualmente, a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXV. Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde, padronizados e/ou a serem padronizados.

XXXVI. Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;

XXXVII. Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também, nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

XXXVIII. Divulgar cronograma anual, para revisão e atualização da Lista de Materiais Médico-Hospitalares Padronizados.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art.7º. A CPPS é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da Diretoria Técnica, do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) da Comissão de Biossegurança e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Art.8º. Todos os integrantes da CPPS deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.9º. O membro da CPPS deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções,

utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO V

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art.10. A CPPS é constituída administrativamente por:

I. Presidente;

II. Vice-presidente;

III. Secretário(a);

IV. Membros efetivos;

V. Consultores técnicos convidados eventualmente.

§ 1º O presidente, o vice-presidente e o secretário da CPPS serão escolhidos entre seus membros.

§ 2º O mandato de cada representante será de 3 anos, a contar da data da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

§ 3º O presidente poderá propor a composição de câmara técnica, que deverá ser formada por membros da comissão e por consultores técnicos convidados. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória, durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art. 11 Compete a câmara técnica:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na “Ficha de Parecer Técnico” para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;

II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários/avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinado;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Art. 12. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse.

CAPÍTULO VI

DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Art.13. Compete ao Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da CPPS;

II. Assinar todos os documentos oficiais da CPPS;

III. Assessorar a Superintendência, quando solicitado;

IV. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;

V. Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários, conforme orientação dessa Comissão;

VI. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde, na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;

VII. Informar à unidade de compras do HECAD as especificações dos produtos para saúde, padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos os processos licitatórios do HECAD;

VIII. Participar da elaboração do edital de licitação, prestando suporte técnico à unidade de licitação;

IX. Coordenar a elaboração de Indicadores de Qualidade e de Produtividade, para avaliação técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados;

X. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos, podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julgue necessário;

XI. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento do HECAD as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes

viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

XII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Hospital;

XIII. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados, para que ela seja divulgada no site do HECAD.

XIV. Elaborar Relatório Anual de Atividades da CPPS;

XV. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Superintendência.

Art.14. Compete ao Vice-Presidente da CPPS representar e desenvolver as atividades do Presidente, quando este estiver ausente.

Art. 15. Compete ao Secretário:

I. Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados, oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;

II. Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos de Materiais Médico-Hospitalares e elaborar as respectivas atas;

III. Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;

IV Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

Art. 16. Compete aos Membros da CPPS:

I. Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;

II. Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;

III. Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;

IV. Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;

V. Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;

VI. No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores, para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição;

VII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

Art. 17. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da CPPS, designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art. 18. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória, durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art. 19. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na “Ficha de Parecer Técnico” para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;

II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados, nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

CAPÍTULO VII

DAS HABILIDADES DOS MEMBROS

Art.20. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

I. Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, mediante análise de critérios tais como: eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;

II. Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;

III. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética, para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

IV. Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação, no âmbito das ações da comissão.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 21. A Comissão reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata (elaborada pelo secretário) com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivada toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art. 22. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião, com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Art. 23. As decisões serão tomadas por consenso, e/ou, se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização.

Art. 24. Só ocorrerá a reunião da CPPS com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate, a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art. 25. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros, em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art. 26. Os membros deverão comparecer, pontualmente, às reuniões para as quais foram convocados. Em caso de ausência, esta deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente ou, no máximo, em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes que, se não puderem comparecer, devem justificar sua ausência.

Art. 27. Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art. 28. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, esta será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art. 29. As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art. 30. Caso as recomendações e pareceres da CPPS não sejam aceitos para a homologação final da Superintendência, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art.31. Enquanto pertencer à CPPS, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.32. O encaminhamento das reuniões da CPPS obedecerá a seguinte rotina:

Art.33. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

Art.34. Revisão das demandas pendentes;

Art.35. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;

Art.36. Sugestão de pauta da próxima reunião.

CAPÍTULO IX

DO EXPEDIENTE

Art. 37. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;

Art. 38. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;

Art. 39. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);

Art. 40. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art. 41. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO X

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art.42. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo efetividade durante o uso.

§ 1º A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará de uso de outros artigos e processos de esterilização, será

obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

§ 2º Qualquer alteração que gere aumento de custo orçamentário (o custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis, justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhada para aprovação

CAPÍTULO XI

OBJETIVOS DA PADRONIZAÇÃO
